

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N^o

151

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marcel BENOIST

Né à Paris, le 18 mai 1902

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

RECHERCHES CLINIQUES

SUR L'EMPLOI D'UNE

NOUVELLE POMPE A LAIT
ÉLECTRIQUE

Président : M. BRINDEAU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929

121

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marcel BENOIST

Né à Paris, le 18 mai 1902
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

RECHERCHES CLINIQUES

SUR L'EMPLOI D'UNE

NOUVELLE POMPE A LAIT
ÉLECTRIQUE

Président : M. BRINDEAU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^e, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929

I. — DOYEN. . . M. ROGER.

LES PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale	DELbet.
	HARTMANN
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.
 AUBERTIN. . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN. . Pathologie médicale
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BROCCQ. . . . Pathologie chirurgicale
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . Pathologie chirurgicale
 CHABROL . . Pathologie médicale.
 CHIRAY . . . Pathologie médicale.
 CLERC. . . . Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 DOGNON. . . Physiique.
 DONZÉLOT . . Pathologie médicale.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ÉCALLE . . . Obstétrique.
 FIESSINGER. Pathologie médicale.
 GARNIER . . Pathologie expérimental¹⁰
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.

MM.

JOYEUX . . . Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE. . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX. . . Anatomie pathologique
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . Pathologie mentale.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MATHIEU. . . Pathologie chirurgicale
 MERCIER (F.) Pharmacologie.
 METZGER . . Obstétrique.
 MONDOR. . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING. . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. Anatomie.
 PHILIBERT. . Bactériologie.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHEL Fils. . Physiologie.
 SÉZARY . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER. . . . Ophtalmologie
 VERNE. . . . Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. Pharmacologie.
 GUENIOT. Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTÉTERER. . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physique.
 N Pathologie médicale

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.
 AUVRAY . . Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU . . Clinique chirurgicale.
 LAIGNEL-JAYASTINE Clinique médicale.
 LE LORIER . . Clinique obstétricale.

MM.

LERI Clinique médicale.
 MOCQUOT . . Clinique chirurgicale.
 PROUST . . . Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ . Clinique chirurgicale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ.		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

Le DOCTEUR H. BENOIST

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Je dédie ce modeste travail, bien
faible témoignage de reconnais-
sance et de grande affection.*

A MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BRINDEAU

Professeur de Clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse.*

A MON MAÎTRE

M. LE DOCTEUR MARCEL METZGER

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Accoucheur de l'Hôpital Bretonneau
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu nous accueillir
dans son service, nous suggérer
l'idée de ce travail et nous aider
de ses conseils. Qu'il trouve ici
l'assurance de notre profonde gra-
titude.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

- 1921 : M. LE PROFESSEUR WIDAL (*in memoriam*).
1922 : M. LE PROFESSEUR LEJARS.
1922 : M. LE DOCTEUR LAUBRY.

Externat :

- 1923 : M. LE DOCTEUR MARC LECONTE (*in memoriam*).
M. LE DOCTEUR ROBINEAU.
1924 : M. LE DOCTEUR COURCOUX.
1925 : M. LE DOCTEUR BOIDIN.
1926 : M. LE DOCTEUR DESPLAS.
1927 : M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ NOEL FIESSINGER.
1928 : M. LE DOCTEUR AVIRAGNET.
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARCEL METZGER.

INTRODUCTION

Nous ne voulons pas insister après tant d'auteurs sur l'importance de l'allaitement au sein, sur sa valeur comparée à celle de l'allaitement artificiel dans la morbidité et la mortalité infantile. Il en est en effet d'observation courante qu'un enfant élevé au sein ait toutes les chances de se développer sans incidents ; privé du lait maternel, il est au contraire beaucoup plus exposé, son coefficient de résistance étant de ce fait diminué.

L'allaitement au sein est normalement le plus simple et le plus commode et toute mère devrait donc nourrir elle-même son enfant. Mais les raisons sociales mises à part, il existe de nombreuses causes qui empêchent la mère la plus désireuse d'allaiter, de donner le sein, ou rendent ce mode d'allaitement particulièrement pénible ou difficile.

Ayant eu connaissance d'un nouvel appareil destiné à améliorer la sécrétion mammaire, nous avons pensé intéressant de rechercher quels résultats on pouvait espérer en obtenir.

PLAN DE NOTRE THÈSE

Après avoir dans le chapitre I rappelé brièvement les différentes causes qui rendent l'allaitement au sein difficile ou impossible.

Nous passerons rapidement en revue dans le chapitre II les différents procédés successivement employés pour y remédier, avec leurs avantages et leurs inconvénients.

Dans le chapitre III nous décrirons le tire lait électrique et la technique de son emploi.

Le chapitre IV sera consacré à l'étude des applications que nous avons faites, et à l'exposé des observations que nous avons recueillies.

Le chapitre V enfin fera l'objet des conclusions que nous pourrons en tirer.

RECHERCHES CLINIQUES

SUR L'EMPLOI D'UNE

NOUVELLE POMPE A LAIT ÉLECTRIQUE

I

DES DIFFICULTÉS ET DES IMPOSSIBILITÉS DE L'ALLAITEMENT AU SEIN

Nous rappellerons tout d'abord les principales causes de non lactation ; nous ne parlerons pas, bien entendu, des causes qui relèvent de l'état général ou d'un état pathologique de la mère.

La difficulté ou l'impossibilité de l'allaitement au sein peuvent se rapporter soit à la mère, soit à l'enfant.

A. — Causes se rapportant à la mère.

Ce sont les plus fréquentes.

a) *Insuffisance lactée*. — C'est une des raisons les plus souvent invoquées par la mère pour renoncer à l'allaitement au sein.

L'agalactie, tout d'abord pour beaucoup d'auteurs, en particulier pour le Pr Pinard, totale n'existe pas.

L'expression manuelle ou les moyens mécaniques montrent qu'il existe toujours dans les seins une quantité de lait plus ou moins faible.

L'hypogalactie peut être primaire, dans les jours qui suivent l'accouchement, ou secondaire, survenant alors après le 2^e mois.

Nous n'aurons en vue que l'hypogalactie primaire, n'ayant pu suivre les mères nourrices que dans les 15 premiers jours de leurs suites de couches.

Cette hypogalactie primaire peut résulter d'un défaut de développement ou d'une atrophie de la glande mammaire à la suite d'un abcès par exemple. Nous noterons à ce sujet que le volume des seins n'a aucune signification : de gros seins adipeux donnent parfois très peu de lait, des seins plus petits peuvent en fournir une quantité abondante.

On a également invoqué dans l'étiologie de l'hypogalactie l'hérédo-syphilis, des troubles utéro-ovariens.

L'hypogalactie s'observe également chez les femmes nerveuses : on connaît l'influence d'une émotion, d'un choc moral sur la sécrétion lactée.

Mais souvent l'hypogalactie vient d'une mauvaise direction de l'allaitement. La montée laiteuse est retardée, et peut ne survenir qu'au bout de 4, 5 jours et même d'avantage, après l'accouchement. Dans d'autres cas, l'enfant est débile ou paresseux et tête mal. La sécrétion lactée paraît alors insuffisante, la mère se décourage trop vite et n'a pas la patience d'attendre, alors que la glande mammaire,

au début surtout, a particulièrement besoin d'être sollicitée par la bouche de l'enfant.

Il reste néanmoins des cas d'hypogalactie qu'on a pu appeler hypogalactie essentielle, que rien n'explique, et en général accentuée. Elle serait liée à une sorte d'hypotrophie héréditaire de la glande mammaire (Marfan) observée dans les familles où les mères n'allaitent pas depuis plusieurs générations.

b) *Malformations du mamelon.* — La forme du mamelon a une grande importance et bien souvent le succès de l'allaitement au sein en dépend : il est en effet nécessaire pour que l'enfant tète facilement que le mamelon fasse une saillie suffisante. Sa forme défectueuse est relativement fréquente et c'est là une des principales difficultés parfois irréductible.

Les mamelons peuvent être mal conformés à des degrés différents ; il en existe 3 variétés principales :

Le mamelon court, soit en cône tronqué, plus étroit au sommet qu'à sa base (en forme de dé à coudre) que l'enfant n'arrive pas à saisir correctement ou à introduire assez avant dans sa bouche ; soit conique, dont la surface n'offre pas de prise et glisse très facilement sous les lèvres de l'enfant.

Le mamelon plan, absolument insaisissable : le sommet du sein n'offre aucune saillie mamelonnaire, le mamelon se continuant sans démarcation avec l'aréole. Cette disposition rend l'allaitement

ment au sein complètement impossible; parfois elle se corrige, et le mamelon peut devenir saillant, mais toujours au bout d'un temps plus ou moins long.

Le mamelon rentré ou ombiliqué constitue enfin la forme la plus défectueuse : au lieu d'une saillie au sommet du sein, il existe une dépression plus ou moins importante et le plus souvent transversale. Tantôt le mamelon, invaginé en doigt de gant peut sortir soit après massage, traction légère, soit par d'autres moyens mécaniques; tantôt au contraire, son sommet est profondément enfoui et absolument rétracté.

Nous rapportons dans nos observations un cas de mamelon particulièrement vicié. Ce dernier état pour ainsi dire inexistant, et remplacé par un orifice circulaire profond donnant l'aspect d'un véritable cratère.

Les mamelons ombiliqués encore plus que les mamelons plats sont presque toujours une contre-indication à l'allaitement.

En résumé dans tous les cas où le mamelon a une forme défectueuse, l'allaitement au sein est difficile ou même impossible : l'enfant fera nécessairement plus d'efforts, se fatiguera rapidement et finalement refusera le sein. D'autre part, le mamelon sera forcément tirillé, mâchonné, continuellement traumatisé par les gencives de l'enfant et ainsi beaucoup plus exposé qu'un autre aux accidents plus ou moins

graves pour la mère et dont les crevasses constituent le premier stade.

c) *Crevasses*. — Les crevasses sont la complication la plus commune de l'allaitement au sein. D'apparition précoce, elles sont souvent très douloureuses et cette douleur à elle seule est un des obstacles principaux à la continuation de l'allaitement. De plus, le saignement des érosions et l'infection peuvent venir souiller le lait maternel.

La cause principale en est le traumatisme effectué par la bouche de l'enfant ; et si les crevasses peuvent survenir sur un mamelon bien conformé, elles apparaîtront beaucoup plus facilement lorsqu'il existe un mamelon défectueux, ou lorsque le lait s'écoule difficilement, le traumatisme étant alors plus marqué.

Elles peuvent s'accroître et devenir le point de départ d'une lymphangite ou d'un abcès ; elles sont en effet toujours infectées par la bouche de l'enfant. Aussi le traitement classique consiste-t-il avant tout dans la suspension momentanée de l'allaitement.

d) Quant à la lymphangite et à l'abcès du sein, presque toujours consécutifs aux crevasses et aux crevasses mal soignées, ils nécessitent à plus forte raison l'arrêt de l'allaitement jusqu'à leur guérison complète ; le lait du sein infecté pouvant d'ailleurs renfermer des germes virulents. La reprise de l'allaitement peut être pénible, et la sécrétion lactée plus ou moins fortement diminuée ne s'établit de nouveau parfois que difficilement.

B. — Causes se rapportant à l'enfant.

a) *Débiles et prématurés.* — Les débiles et les prématurés, chez lesquels on connaît l'importance de l'allaitement maternel, sont souvent incapables de prendre le sein. Il est alors nécessaire de les alimenter par le gavage jusqu'à ce qu'ils aient la force de téter directement. D'autres fois l'enfant peut téter, mais il tète toujours faiblement. De toutes façons l'excitant physiologique qu'est la bouche de l'enfant faisant totalement défaut ou étant manifestement insuffisant, la sécrétion lactée s'établit mal et bientôt risque de se tarir.

Les mêmes considérations doivent être présentes à l'esprit quand il s'agit de jumeaux. Souvent plus ou moins débiles et prématurés, ils supportent en général assez mal l'allaitement artificiel, et dans ce cas la sécrétion lactée a encore plus besoin d'être activée.

b) *Malformations buccales.* — Les malformations buccales : bec de lièvre, perforation ou fissure palatine peuvent rendre l'allaitement au sein impossible. Nous ne ferons que signaler la brièveté du filet ; contrairement à un vieux préjugé, celle-ci n'amène en général aucune gêne à la prise du sein.

Enfin les affections buccales telles que les stomatites, le muguet, gênent plus ou moins, mais d'une façon passagère, la tétée de l'enfant, et contribuent ainsi au ralentissement de la sécrétion lactée.

II

DES DIFFÉRENTS MOYENS EMPLOYÉS DANS LES DIFFICULTÉS ET LES IMPOS- SIBILITÉS DE L'ALLAITEMENT AU SEIN

De nombreux procédés ont été imaginés pour obvier à ces difficultés.

a) Dans les malformations des mamelons, on a pu préconiser les titillations répétées ou le massage de ceux-ci pendant les 2 derniers mois de la grossesse. Nous doutons que ces manœuvres soient réellement efficaces ; en tout cas on les a considérées comme capables de déterminer des contractions utérines prématurées.

Nous citerons également :

Les suctions répétées et directes par le mari ou la mère de la femme accouchée. Il existait même des tireuses de lait professionnelles, dont le grave danger était avant tout la propagation de la syphilis.

L'usage dans certains pays de pipe en terre, le fourneau coiffant le mamelon et la femme faisant le vide en aspirant par le tuyau.

L'aspiration du mamelon par une ventouse en verre ou en caoutchouc.

Tous ces procédés doivent être rejetés et n'ont plus aujourd'hui qu'un intérêt historique.

b) Les mamelons de forme défectueuse ou atteints de crevasses ont été remplacés ou protégés par des bouts de sein artificiels.

L'idée de suppléer au mamelon par un bout de sein est très ancienne. Il semble que le premier bout de sein artificiel ait été inventé par Ambroise Paré. Mais celui-ci le destinait uniquement à la protection du mamelon atteint de crevasses. C'est Scultet qui eut le premier, en 1653, l'idée de le faire servir à la succion de l'enfant, en perçant de plusieurs trous le bout de sein d'Ambroise Paré.

Depuis, de nombreux modèles se sont succédés.

Actuellement le modèle classique est le bout de sein de Bailly. Ce dernier a pu rendre des services appréciables : il a comme avantages son extrême simplicité et la facilité de son aseptie ; il soustrait le mamelon du contact direct de la bouche de l'enfant ; il ne retarde pas ainsi en général la cicatrisation des crevasses en prévenant leur infection et surtout l'infection de la glande. Cependant il présente plusieurs inconvénients importants. Par suite de ses dimensions, il existe, même en cas de mamelon très saillant, un espace plus ou moins considérable entre ce dernier et la cupule de verre, et l'enfant, à chaque succion, avale de l'air ; d'autre part, pour aspirer le lait par ce moyen, l'enfant est obligé de faire des efforts beaucoup plus grands, et le lait lui arrive bien plus difficilement ; il se nourrit donc

souvent d'une façon très insuffisante, et la sécrétion lactée, insuffisamment sollicitée, a tendance à diminuer.

Le modèle du professeur Metzger présente sur le bout de sein de Bailly deux avantages : la cupule en verre est très petite et s'adapte mieux au mamelon par suite de sa faible capacité. Il est muni d'autre part d'une tétine de biberon que l'enfant peut prendre facilement ; il diminue ainsi les efforts de succion et l'aérophagie, surtout si l'on a soin de le remplir de lait pour amorcer la tétée. Mais quoi qu'il en soit le bout de sein reste un moyen médiocre.

A côté des bouts de sein artificiels, il nous faut signaler les téterelles simples et bi-aspiratrices.

Les téterelles bi-aspiratrices — en particulier celle de Budin — sont ainsi nommées parce que la mère et l'enfant aspirent successivement. En réalité, tout l'effort de succion est fourni par la mère et c'est là un avantage pour l'enfant. En revanche, ces appareils sont très fatigants pour la mère ; celle-ci, pour cette raison, y renonce rapidement. Ils sont également fragiles, le fonctionnement en est souvent defectueux et la nécessité d'ébullitions prolongées et répétées pour en assurer l'asepsie, les détériore rapidement.

Les téterelles simples échappent en partie aux critiques précédentes : elles se composent essentiellement d'une ampoule de verre qui s'applique sur le mamelon par l'intermédiaire d'un petit entonnoir, et d'un tuyau aspirateur unique. Le lait recueilli par

aspiration de la mère s'écoule directement dans l'ampoule ; on le verse ensuite dans un biberon pour le donner à l'enfant.

Cependant si leur simplicité en rend plus facile la désinfection, la mère se fatigue également et les résultats obtenus sont peu satisfaisants.

La succipompe de de Rohan, présentée à la Société d'Obstétrique en 1908, constituait sur tous les moyens précédemment décrits un réel progrès. Elle se rapproche du mécanisme de la succion du nourrisson par le relâchement et l'aspiration, alternatifs du mamelon.

C'est essentiellement une pompe aspirante : son rôle se borne à l'aspiration, le vide et la pression atmosphérique se succédant tour à tour au niveau du mamelon.

On a pu l'employer avec succès dans certaines formes défectueuses du mamelon, dans les crevasses, chez les prématurés. Dans tous ces cas, la succipompe a permis de recueillir le lait de la mère et ainsi de continuer l'allaitement.

Cet appareil toutefois soulève de sérieuses objections :

C'est avant tout la brutalité de l'aspiration. L'aspiration ne peut en effet être réglée d'une manière précise, et rend son emploi plus ou moins pénible pour la mère.

C'est ensuite l'extrême lenteur avec laquelle on extrait une quantité de lait souvent minime.

La nécessité d'un aide, ou la fatigue de la femme quand elle tire son lait elle-même.

L'irrégularité de l'aspiration [qui s'ensuit, dans son amplitude et dans son rythme.

Nous citerons enfin le tire-lait atmosphérique, tire-lait à main, d'une extrême simplicité et d'un nettoyage facile. Mais ce n'est là qu'un « pis-aller ». Dans nos expériences où nous nous sommes servis alternativement de ce tire-lait et du tire-lait électrique, nous avons pu en observer les inconvénients :

Fatigant pour la mère, donnant des quantités de lait souvent peu importantes, même chez de bonnes nourrices, il n'agit pas sur les mamelons malformés ; il est toujours douloureux dans les crevasses qui s'ouvrent et saignent alors facilement, et en retarde ainsi la cicatrisation.

c) *Dans l'hypogalactie* : pour provoquer ou augmenter la sécrétion lactée et suppléer à la succion de l'enfant, de nombreux procédés ont été conseillés, et de fait, nombreux sont les galactogènes depuis l'antiquité.

Parmi les médications internes on a préconisé surtout le galega, la farine de graine de cotonnier, l'opothérapie placentaire, mammaire ou ovarienne. Aucune ne semble avoir donné de résultat réellement efficace et indiscutable.

Parmi les moyens externes, la plupart agissent surtout en provoquant la congestion de la glande mammaire. Nous citerons les frictions et les massages, l'aspiration par les ventouses, les téterelles

ou succipompes, plus rationnelle puisqu'imitant dans une certaine mesure la succion de l'enfant. On a pu également conseiller la faradisation, la galvanisation, la haute fréquence, enfin plus récemment la diathermie sur les seins.

Tous ces procédés n'ont pas été concluants et le meilleur galactogène demeure la succion du mamelon par la bouche du nourrisson. Aussi le Professeur Marfan a-t-il conseillé ce qu'il appelle l'allaitement mutuel. « Quand une mère n'a pas assez de lait on complète l'alimentation de son enfant en le mettant deux ou trois fois par jour au sein d'une autre nourrice ; d'autre part on fait téter la mère par un nourrisson sain et vigoureux, dont les succions énergiques finissent par provoquer une sécrétion lactée suffisante. » Mais ce moyen peut-être rarement employé surtout en ville, et surtout il expose à la transmission d'une maladie contagieuse, en particulier de la syphilis.

III

DESCRIPTION DU TIRE-LAIT ELECTRIQUE DU D^r ABT

L'appareil que nous allons maintenant décrire constitue un progrès très net et une méthode plus élégante. Il est capable de rendre des services supérieurs à la succipompe sans en présenter les mêmes inconvénients.

Employé très couramment aux Etats-Unis, où il semble avoir donné de bons résultats, il est déjà connu en France par de nombreux accoucheurs, et le Professeur Brindeau a fait récemment à la Société d'Obstétrique une communication en sa faveur. Dans nos expériences personnelles, malheureusement trop restreintes, faites à la Maternité de l'Hôpital Tenon dans le Service de notre Maître, M. le professeur agrégé Metzger, il a paru, comme nous le verrons plus loin, donner dans l'ensemble des résultats encourageants.

L'appareil se compose essentiellement :

D'une pompe aspirante.

D'un moteur électrique.

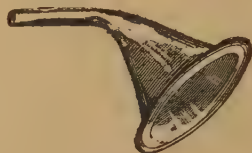
D'un manomètre enregistrant le degré de l'aspiration effectuée.

D'un flacon muni lui-même d'un entonnoir en verre, amovible, de forme variable, relié à l'appareil par un tuyau de caoutchouc.

Cet appareil, et c'est son là point important, ne permet pas seulement d'exercer une succion inter-



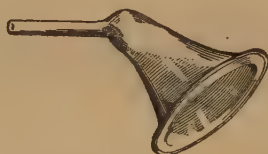
N° 1



N° 2



N° 3



N° 4

Les différents modèles de bout de sein que l'on peut employer :

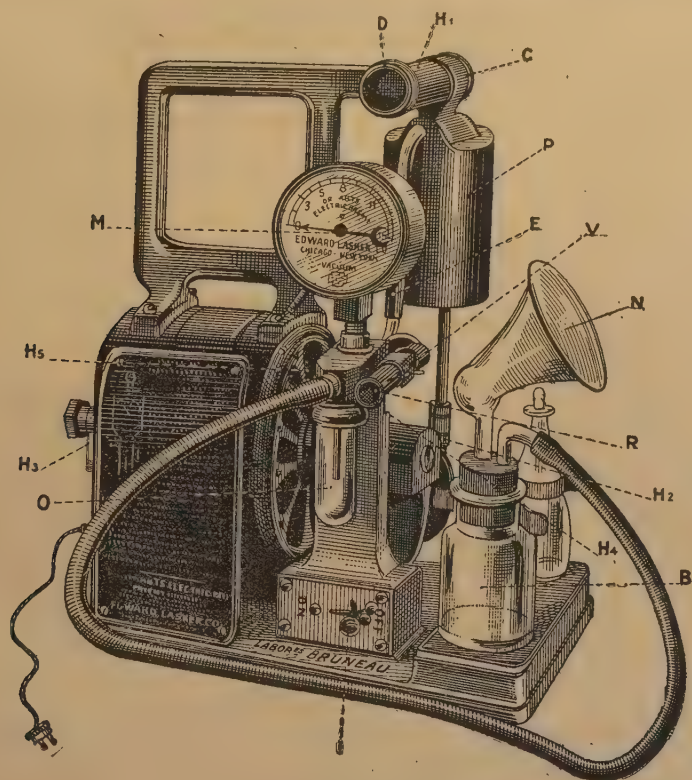
Les modèles 1 et 4 présentent un renflement qui empêche l'extrémité du mamelon de venir buter contre le fond de l'entonnoir et permet ainsi au lait de s'écouler plus librement.

Le modèle 3 est destiné à ne prendre que le mamelon. Nous l'avons employé de préférence dans les cas de mamelons malformés.

mittente. Il produit alternativement pression et succion, dans le but de faire un véritable massage du mamelon, comme le fait le nourrisson avec ses lèvres et sa langue : à chaque succion le mamelon est attiré dans le bout de sein en verre et le lait s'écoule directement dans le flacon ; à chaque pression, le mamelon est repoussé, sans brutalité, l'excès de pression étant absorbé par une valve en caoutchouc V. La pression est enregistrée sur un mano-

mètre gradué et le bouton molleté R. permet de régler la succion.

L'asepsie de la traite est très simple à assurer. Avant chaque tétée il suffit de faire bouillir le flacon,



le bout de sein et la tubulure en verre. Quand au tuyau de caoutchouc, il n'a besoin d'être bouilli qu'au premier usage de l'appareil.

Pour chaque traite, il faut tout d'abord mettre l'appareil en marche, puis vérifier la succion en bouchant avec un doigt le tuyau de caoutchouc,

tandis que l'on tourne le bouton molleté pour arriver au chiffre 2 du manomètre. On relie alors le tuyau au bout de sein. Quand il s'agit d'une nouvelle accouchée, il faut que celle-ci se place au bord de son lit, dans le décubitus latéral. De cette façon le mamelon pointe vers le bas. L'appareil lui-même est installé sur une table. On applique le bout de sein contre le mamelon et pendant quelques secondes on laisse marcher la pompe à la pression 2. L'aspiration doit en effet être faible au début pour habituer en quelque sorte le sein, et pour mettre en confiance la femme, en lui évitant toute sensation douloureuse. On augmente ensuite progressivement la succion en tournant le bouton molleté vers la droite, en suivant les indications de la mère. De cette façon la traite est toujours indolore. Le lait ne tarde pas à jaillir abondamment. On arrive rapidement aux chiffres 6 à 8 qui semblent être les chiffres optima : des expériences ayant montré que la succion 7 correspondrait à la succion d'un nourrisson de force moyenne.

La traite étant terminée d'un côté, on réduit la succion à 2, avant d'enlever le bout de sein, et l'on procède exactement de la même façon pour l'autre sein.

La pompe permet d'obtenir en moyenne 45 succtions par minute, et d'après les expériences américaines cette vitesse permettrait d'obtenir les meilleurs résultats. Au cours de nos expériences, nous avons pu obtenir des quantités de lait variant entre

10 gr. et 170 gr. pour les 2 seins en quelques minutes, chez de nouvelles accouchées. Il faut en moyenne de 6 à 12 minutes à la pression 8 pour vider complètement un sein.

Parmi les avantages que présente cet appareil, outre l'asepsie de la traite, facile à obtenir, nous insisterons en tout premier lieu sur :

La douceur de la succion qui bien conduite n'est jamais douloureuse, même en cas de crevasses ; et dans ce cas particulier, l'absence complète de traumatisme, comme nous avons pu le remarquer, n'en retarde pas la cicatrisation, malgré le mouvement de va-et-vient que subit forcément le mamelon.

La régularité de cette succion ;

La possibilité de la régler à tout moment, d'une manière précise ;

La suppression enfin de toute fatigue pour la mère.

Nous insisterons sur quelques détails que nous avons pu constater et qui contribuent au bon fonctionnement du tire-lait :

Il importe tout d'abord de rassurer la femme devant un appareil qu'elle ne connaît pas. Pour lui éviter toute nervosité qui pourrait retarder l'écoulement du lait, il faut lui montrer la douceur de la succion, en lui appliquant le bout de sein sur la paume de la main par exemple, avant de l'avoir stérilisé. D'autre part, il faut avoir soin de placer le mamelon au centre de l'entonnoir, pour qu'il ne vienne pas buter contre la paroi, gênant ainsi

l'écoulement du lait. Il faut encore avoir soin d'appliquer hermétiquement le bout de sein, sans toutefois faire une trop forte pression. Si en effet la femme appuie trop, les canaux galactophores se trouvent comprimés ; si elle appuie mal, l'air peut filtrer et l'aspiration est insuffisante.

Nous avons pu remarquer également que la quantité de lait est augmentée, quand on pratique pendant la traite une douce pression sur la base du sein. Cette expression légère permet ainsi de vider plus complètement la glande.

Il nous a semblé enfin qu'il y avait avantage à imiter l'enfant au cours de sa tétée, en interrompant plusieurs fois la traite pendant un instant très court, et de fait le lait s'écoulait de nouveau abondant à chaque reprise de la traite.

Ne pouvant être présent à toutes les tétées, nous avons dans certaines de nos observations suppléé au tire-lait électrique le tire-lait atmosphérique, la mère tirant son lait elle-même aux tétées du matin et de la nuit. Nous avons pu faire ainsi la comparaison entre les deux appareils : indiscutablement elle est en faveur du premier.

IV

ÉTUDE DES CAS OU NOUS AVONS EMPLOYÉ LE TIRE-LAIT ÉLECTRIQUE

I. — Malformations du mamelon.

Dans les malformations du mamelon, il nous a paru intéressant de voir ce que nous pouvions obtenir avec le tire-lait électrique. Nous nous sommes adressés aux cas les plus difficiles, mamelons fortement viciés, peu souples, plans ou ombiliqués, rétractés et en quelque sorte adhérents à la glande.

Nous avons pu réunir 5 observations (I, II, III, IV, V). Nous nous sommes servis du plus petit bout de sein, destiné à ne saisir que le mamelon. Malgré la forte aspiration (nous sommes arrivés facilement à l'aspiration — 15, maxima de l'appareil) et la durée prolongée de la traite (15 minutes) les femmes n'ont jamais éprouvé de douleurs.

Après les premières traites, le mamelon déjà saillant revenait sur lui-même en quelques instants. Mais rapidement, en l'espace de quelques jours, le mamelon sortait suffisamment et d'une façon défini-

tive pour que l'enfant puisse désormais téter directement.

Sur les 5 cas traités, nous avons observé un échec en rapport d'ailleurs avec la malformation particulièrement grave du bout de sein (observation V)

Dans l'observation I (seins ombiliqués) l'enfant pouvait prendre directement le sein gauche le 5^e jour, le sein droit le 6^e jour. Dès lors les tétées se sont effectuées sans incident.

Dans l'observation II (seins ombiliqués) l'enfant tétait directement dès le 3^e jour.

Dans l'observation III (mamelons plats) il suffit de 3 jours également pour former les mamelons.

Dans l'observation IV enfin (mamelons plats) l'enfant prend facilement le sein le 4^e jour. Il est à remarquer qu'aucune de ces femmes, malgré la forme défectueuse des mamelons, n'a, au cours du traitement, présenté de crevasses.

II. — Crevasses.

Nous ne rapportons que 4 observations de crevasses. Néanmoins celles-ci nous permettront de tirer certaines conclusions.

Dans 3 de nos observations (VI, VIII et X) les crevasses ont guéri rapidement en 3 jours, sans complication, tout en continuant l'allaitement maternel.

La quatrième observation (VII) est fort intéressante : tandis que le sein gauche guérit complète-

ment sans infection en 4 jours, avec le tire-lait électrique, la reprise du sein droit par l'enfant, trop hâtive et intempestive, avant la cicatrisation des crevasses, détermine une lymphangite.

Le point important en effet dans la guérison des crevasses est la préservation du sein contre les mâchonnements et l'infection de la bouche de l'enfant. Si le bout de sein assure cette protection, nous en avons vu les inconvénients : écoulement beaucoup plus difficile du lait, et tendance à la diminution de la sécrétion lactée.

Le tire-lait électrique assure à l'enfant une alimentation suffisante et entretient en même temps la sécrétion lactée, comme le montrent nos observations. La traite soulage encore la mère en évitant l'engorgement mammaire. Elle est de plus complètement indolore si l'on a soin de ne pas dépasser la pression — 4 ou — 5.

III. — Hypogalactie.

« La sécrétion lactée, est avant tout le produit d'un acte réflexe. Le point de départ habituel du réflexe est l'excitation du mamelon par la succion ou la traite (1). » On sait que des succions prolongées et répétées ont pu faire naître une sécrétion lactée chez des vierges, voir même chez des hommes ou des animaux mâles. Aussi a-t-on cherché pour com-

1. Marfan, *Traité de l'allaitement*.

battre l'hypogalactie, à suppléer ou à renforcer la succion de l'enfant par des procédés artificiels et mécaniques. Aucun jusqu'ici n'a donné de bons résultats. En effet « le sein n'est pas une outre pleine de lait, c'est une glande qui secrète (1). » Comme toutes les glandes de l'organisme, la glande mammaire ne forme pas un réservoir où s'accumule le produit de sécrétion dans l'intervalle des tétées. Seuls les canaux galactophores présentent sous l'aréole du sein de petites ampoules où le lait peut s'accumuler mais toujours en faible quantité (10 à 20 gr. en moyenne). Et seul ce lait peut s'écouler au dehors sous l'influence des différents appareils d'aspiration.

Si l'on analyse la physiologie de la succion du nourrisson et son influence sur la sécrétion mammaire, on constate qu'elle comprend deux phénomènes distincts :

1° L'un purement mécanique, en quelque sorte phénomène d'aspiration : l'enfant, en saisissant avec ses lèvres le mamelon, le place dans une gouttière formée par sa langue et le palais ; ses efforts de succion, créant le vide dans sa cavité buccale, agissent surtout à la pointe du mamelon, faisant ainsi jaillir le lait.

2° L'autre est un phénomène plus complexe : par ses lèvres, l'enfant exerce des excitations, des titillations incessantes à la base du mamelon. Ces exci-

1. M. Metzger, *l'Accouchement moderne. Précis d'obstétrique*, 1929.

tations spécifiques agissent sur la sécrétion mammaire en partie tout au moins par l'intermédiaire du système nerveux de la glande.

Les appareils employés jusqu'à ce jour, et en particulier la succipompe n'ont pu imiter que le premier mécanisme et n'agissent point sur la sécrétion elle-même. Il nous a semblé que le tire-lait électrique du Dr Abt, à l'encontre de tous les autres procédés, dans une certaine mesure, se rapprochait davantage de la succion du nourrisson, non plus seulement par son rôle d'aspiration, mais en tétant en quelque sorte le mamelon. Cette « tétée artificielle » est d'ailleurs imparfaite, et l'excitation réflexe de la glande mammaire demeure essentiellement sous la dépendance de la succion de l'enfant.

Cependant d'après les observations tirées de l'emploi de la traite chez les animaux, la mamelle est capable de fournir des quantités croissantes de lait : plus la glande mammaire est soumise à la traite, plus elle est capable de fournir de lait, à la condition que chaque fois la glande soit vidée complètement. Par analogie, les mêmes faits doivent se retrouver dans l'espèce humaine : on connaît la facilité avec laquelle les nourrices des maternités peuvent subvenir à la fois aux besoins de plusieurs nourrissons ; on connaît aussi la possibilité pour une mère de nourrir avec un seul sein si l'autre est supprimé fonctionnellement d'une façon temporaire ou définitive.

Il y a donc là une véritable adaptation de la

glande mammaire aux demandes qu'elle reçoit. Mais là encore il est nécessaire pour que la production du lait augmente, que la sécrétion mammaire soit épuisée complètement à chaque tétée. Sinon le contenu entre en état de rétention, la sécrétion se ralentit et le lait a tendance à se résorber.

Ayant observé plusieurs cas d'hypogalactie, nous avons essayé de les traiter avec le tire lait électrique, en partant des principes que nous venons de développer.

Nous rapportons 5 observations d'insuffisance lactée ainsi traitées. Dans l'ensemble, si nous n'avons pu obtenir des quantités très importantes de lait, l'augmentation de la sécrétion lactée suivit néanmoins une progression assez régulière. Ainsi la traite électrique semblerait avoir une action dans certains cas d'hypogalactie.

Dans l'observation IX, il s'agissait d'une primipare aux seins bien conformés. L'enfant pendant les 4 premiers jours ne prenait à chaque tétée que des quantités presque nulles.

Le 1^{er} jour du traitement (5^e jour après l'accouchement) la traite électrique donne 27 gr. pour les 2 seins à la tétée de midi. Au total en 24 h. l'enfant n'a pris que 67 gr.

Le 2^e jour du traitement on obtient en 24 h.
260 gr.

Le 3^e jour, 250 gr.

Le 4^e jour, 311 gr.

Le 5^e jour, 450 gr.

Le 6^e jour, 505 gr.

Le 7^e jour l'enfant prend au sein 70 gr. et 60 gr.

Dans l'observation X, il s'agissait d'une V^e pare qui à la suite de son premier accouchement avait eu des abcès multiples du sein droit. Depuis, malgré toutes les tentatives, elle n'avait jamais pu obtenir de ce sein une quantité de lait même minime, à la suite de ses autres accouchements.

Le 1^{er} jour de la traite électrique (4^e jour après l'accouchement) on obtient difficilement 15 gr. de lait.

Le 2^e jour on obtient 65 gr. pour 3 traites.

Le 3^e jour — 50 gr.

Le 4^e jour — 105 gr.

Le 5^e jour l'enfant au sein droit directement prend 50 gr., la quantité totale en 24 h. pour ce sein est de 200 gr.

Le 6^e jour l'enfant prend 60 gr. au sein droit.

Dans l'observation XI, nous avons eu à traiter une secondipare. Le 1^{er} enfant mort en 5 semaines n'avait pu être allaité au sein, à cause d'une hypogalactie très marquée. Les seins sont petits, mais bien conformés.

Le premier jour de la traite électrique (troisième jour après l'accouchement) la quantité totale

est de..... 185 gr.

Le 2^e jour 225 gr.

Le 3^e jour 280 gr.

Le 4^e jour 240 gr.

Le 5^e jour 245 gr.

Le 6 ^e jour.....	315 gr.
Le 7 ^e jour.....	350 gr.
Le 8 ^e jour.....	435 gr.
Le 9 ^e jour.....	420 gr.
Le 10 ^e jour.....	440 gr.
Le 11 ^e jour.....	520 gr.

Le 12^e jour l'enfant directement au sein prend 435 gr.

Aussitôt après la sortie de la mère, la sécrétion lactée diminue très rapidement et tombe à 30, 20 puis 10 gr. à chaque tétée. Une deuxième tentative de 6 jours est faite : nous n'obtenons que 300 à 335 gr. Nous avons revu la mère 15 jours après et nous avons appris que l'enfant remis directement au sein prend de 70 à 90 gr. à chaque tétée.

Dans l'observation XII, il s'agissait également d'un secondipare qui n'avait nourri son 1^{er} enfant que pendant le premier mois. Pendant les 7 premiers jours l'enfant ne prend à chaque tétée que 10 à 15 gr. pour les 2 seins. Il n'y a pas eu de montée laiteuse, les seins sont petits et flasques.

Le 1^{er} jour de la traite électrique (8^e jour après l'accouchement) la quantité totale est de 85 gr.

Le 2^e jour on obtient 56 gr.

Le 3^e jour — 70 gr.

Le 4^e jour — 150 gr.

Le 5^e jour — 305 gr.

La femme sort et l'on ne peut continuer l'expérience.

Dans l'observation XIII enfin nous avons traité

une primipare ayant eu 2 jumeaux : 2 petits prématurés de 8 mois.

Les 3 premiers jours après l'accouchement, pas de montée laiteuse, l'expression fait sourdre difficilement une goutte très légère de colostrum.

Le 1^{er} jour de la traite électrique (4^e jour après l'accouchement) on obtient 95 gr. pour 3 traites.

Le 2^e jour de la traite : 260 gr. en 24 h.

Le 3^e jour — — 350 gr. —

Le 4^e jour — — 446 gr. —

Le 5^e jour — — 522 gr. —

Le 6^e jour — — 518 gr. —

Le 7^e jour, la traite électrique donne pour les 2 seins à chaque tétée entre 115 gr. et 140 gr. de lait, alors que les enfants ne prennent directement que 30 à 40 gr. pour 1 sein.

IV. — Lymphangite du sein.

Nous avons également essayé l'appareil dans un cas d'hypogalactie compliquée de lymphangite du sein (obs. XIV).

L'enfant ne prenait que 10 gr. de lait au sein gauche. Avec le tire-lait électrique, nous avons obtenu à ce sein jusqu'à 50 gr. Au sein droit, si la traite faite à basse pression soulageait la malade, nous avons cependant observé l'apparition d'un abcès.

Cette observation unique ne nous permet pas de conclure sur l'action favorable ou défavorable du tire-lait électrique dans la lymphangite du sein.

Enfin à côté des cas que nous avons traités, le tire-lait électrique est appelé encore à rendre d'autres services importants.

Chez les débiles et les prématurés, pour lesquels l'allaitement artificiel est souvent néfaste, il permettra d'éveiller et d'entretenir la sécrétion lactée, tout en assurant à l'enfant le lait maternel dont il a besoin (cf. obs. XIII).

Dans les affections du nourrisson qui gênent la tétée ou la rendent impossible (bec de lièvre, paralysie faciale périphérique, coryza ou muguet), cet appareil sera d'un précieux secours.

OBSERVATIONS

Toutes nos observations sont personnelles et ont été recueillies à la Maternité de l'Hôpital Tenon. Nous nous excusons de leur petit nombre ; nous n'avons pu en rassembler davantage, vu le temps nécessaire consacré à chaque femme pour chaque tétée. Si leur nombre est restreint, elles ont néanmoins été prises avec le plus grand soin et nous permettront de formuler certaines conclusions.

OBSERVATION I

Seins ombiliqués

Mme D..., 22 ans, I-pare. Salle Tarnier, n° 7.

Accouchement le 26 février. Garçon de 2 kgr. 650.

Mise au sein le 28 : impossible.

Mamelons complètement ombiliqués ; par pincement de la base où l'on voit une rainure transversale on parvient à sentir une ébauche de mamelon invaginé. Le lait abondant suinte d'une façon continue, les seins sont engorgés et douloureux. A l'aide d'un bout de sein l'enfant prend difficilement 20 à 30 gr. à chaque tétée.

Le 1^{er} mars, 9 heures : tire-lait électrique 10' au sein gauche à la pression maxima (— 12, — 15).

12 heures : tire-lait électrique 10' au sein gauche.

15 heures : tire-lait électrique 10' au sein gauche ; le mamelon légèrement sorti après la traite, rentre très rapidement.

Aux autres tétées, allaitement à l'aide d'un bout de sein.

Le 2 mars, le mamelon gauche comparé au mamelon droit non encore traité, ne présente plus qu'une très légère dépression, et forme une surface presque plane.

9 h. 30 : tire-lait électrique 15' chaque sein, pression maxima. S. G. 80 gr. ; S. D. 60 gr.

12 heures : tire-lait électrique 15' chaque sein, pression maxima. S. G. 75 gr. ; S. D. 50 gr.

15 heures : tire-lait électrique 15' chaque sein, pression maxima. S. G. 70 gr. ; S. D. 30 gr.

Aux autres tétées allaitement à l'aide d'un bout de sein ; l'enfant ne prend d'ailleurs que difficilement et reste presque 30' aux seins.

Le 3 mars, l'allaitement est continué à l'aide d'un bout de sein.

Le 4 mars, les mamelons des 2 côtés forment une surface plane, et ne présentent plus de dépression.

9 heures : tétée avec bout de sein.

9 h. 30 : tire-lait électrique 15' chaque sein. S. G. 80 gr. ; S. D. 80 gr.

12 heures : tire-lait électrique 15' chaque sein. S. G. 70 gr. ; S. D. 65 gr.

15 heures : tire-lait électrique 15' chaque sein. S. G. 75 gr. ; S. D. 60 gr.

Aux autres tétées, bout de sein.

Le 5 mars, le mamelon gauche forme une légère saillie, le mamelon droit reste plan.

A 6 et à 9 heures, l'enfant prend directement le sein gauche.

9 h. 30 : tire-lait électrique 15' chaque sein à la pression maxima. S. G. 80 gr. ; S. D. 90 gr.

12 heures : l'enfant prend directement le sein gauche. S. G. 45 gr. ; échec au sein droit.

12 h. 30 : tire-lait électrique 15' au sein droit.

Aux autres tétées, l'enfant refuse le sein ; allaitement avec 1 bout de sein.

Le 6 mars, 6 heures : pour la 1^{re} fois l'enfant prend directement le sein droit. S. D. 40 gr.

9 heures, à l'examen :

Le mamelon gauche forme saillie très nette d'un quart de centimètre environ, le mamelon droit est moins saillant.

A 9 heures, 12 heures et 15 heures on fait encore 3 applications du tire-lait électrique de 15' pour chaque sein à la pression maxima, l'enfant étant mis directement au sein 10' avant chaque traite.

A partir de la tétée de 18 heures, l'enfant est mis alternativement au sein droit et au sein gauche et prend facilement 60 à 70 grammes.

Le 7 mars les mamelons forment une saillie légère de 1/4 de centimètre environ, mais suffisante pour assurer l'allaitement.

Jusqu'à la sortie de la mère, celui-ci s'effectue désormais facilement, sans difficulté.

OBSERVATION II

Seins ombiliqués.

Mme P..., 24 ans, I-pare, n° 25. Salle Tarnier.

Accouchement le 12 février : garçon de 3 kgr. 090.

Mise au sein le 14 : complètement impossible.

Mamelons complètement ombiliqués ; la base forme une dépression linéaire ; quant au mamelon lui-même par pincement de la base, on le perçoit, invaginé dans la profondeur en doigt de gant.

Les seins sont riches en glandes, et le lait s'écoule très facilement au dehors.

Le 14 février, 9 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein à la pression maxima (— 12-15), S. G. 75 ; S. D. 45.

12 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein à la pression maxima (— 12-15). S. G. 45 ; S. D. 50.

15 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein à la pression maxima (— 12-15). S. G. 40 ; S. D. 50.

Les mamelons sortent à moitié lors de la succion pour rentrer très rapidement après la traite.

18 heures : tire-lait à main 10' chaque sein.

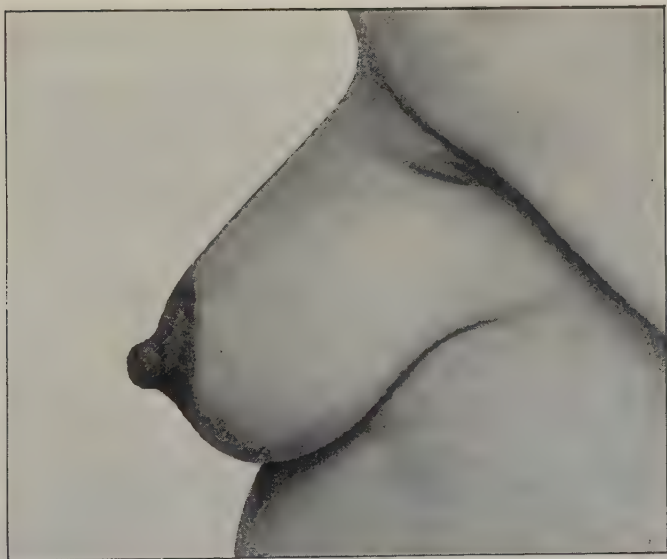
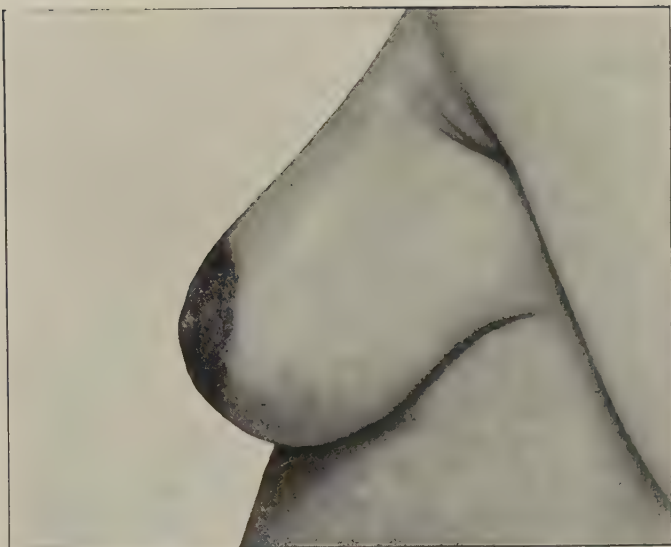
22 heures : tire-lait à main 10' chaque sein.

Le 15 février, 6 heures : tire-lait à main 15' chaque sein. S. G. 30 ; S. D. 30.

9 heures, à l'examen : mamelon gauche légèrement sorti ; mamelon droit encore ombiliqué, mais beaucoup moins profondément, la dépression centrale tend à s'effacer.

Tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G. 80 ; S. D. 75.

12 heures, avant la traite : le mamelon gauche présente



Mme P..., Obs. II. Mamelons ombiliques.
Avant et après le traitement.

une légère saillie persistante; le mamelon droit ne présente plus de dépression centrale et dans l'ensemble forme une légère saillie plane.

Tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G. 60; S. D. 40.

15 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G. 40; S. D. 40.

18 heures : tire-lait à main 10' chaque sein. S. G. 20; S. D. 30.

22 heures : tire-lait à main 10' chaque sein. S. G. 30; S. D. 30.

Le 16 février, 6 heures : tire-lait à main 10' chaque sein. S. G. 20; S. D. 50.

A l'examen le mamelon gauche est sorti presque complètement, le mamelon droit est sorti à moitié.

9 heures : tire-lait électrique 15' chaque sein. S. G. 80; S. D. 70.

12 heures : les mamelons forment une saillie de presque 1 centimètre.

L'enfant est alors mis directement au sein.

12 heures : enfant au sein droit, 75 gr.

15 heures : enfant au sein gauche, 75 gr.

18 heures : enfant au sein droit, 80 gr.

Depuis les tétées s'effectuent très facilement; la femme sort le 24 février.

OBSERVATION III

Mamelons plans.

Mlle L..., 20 ans, I-pare, n°2. Salle Tarnier.

Accouchement le 17 février : garçon de 3 kgr. 320

Mise au sein le 19 février.

A 6 heures : après plusieurs essais l'enfant ne parvient pas à saisir les mamelons et tête à l'aide d'un bout de sein.

A chaque tétée, la mère présente l'enfant directement aux 2 seins sans résultat.

Le 20 février, l'enfant parvient difficilement à saisir le mamelon gauche, mais il lui est impossible de prendre le mamelon droit, auquel il est régulièrement présenté.

Le 21, on constate : au sein gauche : un mamelon très légèrement saillant ; au sein droit : un mamelon inexistant, plan et se continuant sans démarcation avec l'aréole.

On essaie alors le tire-lait électrique sur le sein droit.

9 heures : tire-lait électrique 15' au sein droit, à la pression maxima (— 12-15), 75 gr.

12 heures : tire-lait électrique 15' au sein droit, 70 gr.

15 heures : tire-lait électrique 15' au sein droit, 70 gr.

A la fin de la 3^e traite, le mamelon devient saillant mais s'affaisse au bout d'une demi-heure.

Le 22, le mamelon droit forme une légère saillie.

9 heures : tire-lait électrique 15' au sein droit, 70 gr.

12 heures : tire-lait électrique 15' au sein droit, 65 gr.

15 heures : avant la traite le mamelon droit forme une saillie persistante de presque 1/2 centimètre.

Tire-lait électrique 15', 80 gr.

A 18 heures et à 22 heures : l'enfant est mis au sein gauche.

Le 23, 9 heures : la saillie du mamelon droit est demeurée persistante (1/2 centimètre environ).

Dernière application du tire-lait électrique 15', 80 gr.

12 heures : le mamelon droit forme une saillie de presque 1 centimètre.



Mlle L..., Obs. III. Mamelons plats.

Sein gauche non traité.
Sein droit après le traitement.

L'enfant est mis directement au sein droit et prend facilement 70 gr.

Le mamelon gauche non traité n'est que très légèrement saillant, mais l'enfant parvient néanmoins à le prendre.

L'allaitement est continué alternativement aux 2 seins, très facilement pour le sein droit jusqu'à la sortie de la femme.

OBSERVATION IV

Mamelons plans.

Mlle L..., 19 ans, I-pare, n° 35. Salle Tarnier.

Accouchement normal le 17 février 1929. Fille de 3 kg. 025.

Mise au sein le 19 : impossible, malgré de nombreuses tentatives l'enfant ne peut saisir le mamelon.

Le 20 et le 21 : allaitement à l'aide d'un bout de sein. A chaque tétée l'enfant prend difficilement : 25 à 40 gr. de lait pour les 2 seins.

Le 22, à l'examen, mamelons inexistants, formant une surface plane qui se continue sans démarcation avec l'aréole.

9 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein à la pression maxima — (12—15.) S. G. 25 gr. ; S. D. 20 gr.

12 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein à la pression maxima — (12—15.) S. G. 30 gr. ; S. D. 30 gr.

15 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein, à la pression maxima (—12—15) S. G. 40 gr. ; S. D. 15 gr.

Légère saillie des mamelons après chaque traite qui disparaît très rapidement.

Le 23, 9 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein, à la pression maxima. S. G. 50 gr. ; S. D. 30 gr.

12 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein à la pression maxima. S. G. 25 gr.; S. D. 35 gr.

La saillie des mamelons après la traite est plus prononcée et plus persistante.

15 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G. 45 gr.; S. D. 50 gr.

18 heures : tire-lait à main 10' chaque sein. S. G. 10 gr.; S. D. 10 gr.

22 heures : tire-lait à main 10' chaque sein, 50 gr. pour les 2 seins.

Le 24, 6 heures : tire-lait à main 10' chaque sein S. G. 10 gr.; S. D. 10 gr.

9 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein à la pression maxima. S. G. 50 gr.; S. D. 40 gr.

12 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein à la pression maxima. S. G. 55 gr.; S. D. 40 gr.

15 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein, à la pression maxima. S. G. 50 gr.; S. D. 35 gr.

18 heures : tire-lait à main 10' chaque sein. S. G. 20 gr.; S. D. 20 gr.

22 heures : tire-lait à main 10' chaque sein. S. G. 10 gr.; S. D. 15 gr.

Le 25, 6 heures : tire-lait à main 10' chaque sein. 50 gr. pour les 2.

9 heures, à l'examen : Mamelon gauche, saillant d'environ un demi-centimètre ; mamelon droit légèrement moins saillant.

On met l'enfant directement au sein.

Il prend facilement au sein gauche, 50 gr., plus difficilement au sein droit, 20 gr.

9 h. 30, tire-lait électrique 10' uniquement au sein droit, 35 gr.

12 heures : enfant directement aux seins, pas de pesée de contrôle.

12 h. 30 : tire-lait électrique 10' au sein droit.

15 heures : enfant directement aux 2 seins prend facilement en tout 90 gr.

La saillie des mamelons demeure persistante et suffisante pour permettre à l'enfant de les saisir facilement désormais à chaque tétée.

OBSERVATION V

Absence complète et bilatérale de mamelon.

Mme A..., 22 ans, I-pare. Salle Tarnier.

Accouchement le 20 février 1929 : enfant prématuré de 7 mois et demi, pesant 2 kgr. 170.

Mise au sein le 22 février : complètement impossible.

A l'examen : absence totale de mamelons : ceux-ci ne sont en effet ni plans ni invaginés. Au centre de l'aréole il existe une dépression transversale, profonde, large de 4 à 5 mm., donnant l'aspect d'un véritable cratère (mamelons cratériformes).

L'hypergalactie est très marquée, les seins sont très tendus, douloureux et le lait s'écoule en abondance d'une façon continue.

Le 23 février, on décide d'employer le tire-lait électrique dans l'espoir de former une ébauche de mamelon suffisante pour permettre à l'enfant de prendre directement le sein.

9 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein, à la pres-

sion maxima (— 12 — 15.) S. G. 75 gr.; S. D. 70 gr.

12 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein à la pression maxima (— 12 — 15.) S. G. 80 gr.; S. D. 60 gr.

15 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G. 70 gr.; S. D. 65 gr.

Aux autres tétées, la mère se sert d'un tire-lait à main.

Le 24, à l'examen aucun changement dans l'aspect des mamelons.

9 heures, 12 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein à la pression maxima : 70 à 80 gr. de lait pour chaque sein à chaque traite.

Aux autres tétées : tire-lait à main.

Le 25, à 9 heures, 12 heures, 15 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein = 60 à 80 gr. de lait pour chaque sein.

Aux autres tétées tire-lait à main.

Après chaque traite, les bords du mamelon se surélèvent légèrement mais l'orifice centrale persiste.

Le 26, à 9 heures, 12 heures, 15 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein : 70 à 90 gr. de lait pour chaque sein.

Aux autres tétées, tire-lait à main.

Le 27, à 9 heures, 12 heures, 15 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein : 70 à 80 gr. de lait pour chaque sein.

Aux autres tétées, tire-lait à main.

Le 28, les bords du mamelons forment d'une façon persistante une légère saillie, surtout au sein gauche.

A 9 heures, 12 heures, 15 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein : 70 à 100 gr. de lait pour chaque sein.

Aux autres tétées, tire-lait à main.

Le 1^{er} mars, même état que la veille.

A 9 heures, 12 heures, 15 heures : la mère tire son lait avec un tire-lait à main.

A 9 h. 30, 12 h. 30, 15 h. 30 : tire-lait électrique 10 chaque sein : 50 à 75 gr. de lait pour chaque sein.

Aux autres tétées, tire-lait à main.

Le 2 mars, la saillie des bords mamelonnaires s'accroît, en même temps que ceux-ci s'éversent légèrement; la dépression centrale diminue d'étendue et de profondeur.

6 heures : essai de mise directement au sein sans résultat.

9 heures, 12 heures : la mère tire son lait avec un tire-lait à main.

9 h. 30, 12 h. 30 : tire-lait électrique 15' chaque sein : 50 à 100 gr. de lait pour chaque sein.

Aux autres tétées, essais de mise au sein sans succès.

Le 3 mars : sortie de la femme.

Tous les essais de mise au sein échouent, malgré la légère saillie persistante des bords mamelonnaires et la diminution de la dépression centrale.

N. B. — Cependant il faut tenir compte dans cette observation :

1° Du degré particulièrement important de la malformation des mamelons, formant un véritable cratère.

2° De l'âge de l'enfant : il s'agissait en effet d'un prématuré de 7 mois et demi.

OBSERVATION VI

Crevasses bilatérales.

Mme G..., primipare. Salle Tarnier, n° 14.

Accouchement normal le 5 février : garçon de 3 kgr. 500.

Mise au sein le 7 février.

Le 10 février, apparition de crevasses bilatérales, à la pointe et à la partie moyenne du mamelon.

Le 11 février, la tétée de 6 heures est très douloureuse et le mamelon gauche saigne très légèrement.

On supprime le sein et on applique le tire lait électrique.

9 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein : 90 gr. en tout, pression faible (—5), aucun phénomène douloureux.

12 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein : 80 gr.

15 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein 85 gr.

18 heures : tire-lait à main 10' au sein droit : 50 gr.

22 heures : tire-lait à main 10' au sein gauche : 45 gr.

Le 12 février, 6 heures on donne à l'enfant un biberon.

9 heures : tire-lait électrique 10' au sein droit (pression-8) : 70 gr.

12 heures : tire-lait électrique 10' au sein gauche : 80 gr.

15 heures : tire-lait électrique 10' au sein droit : 75 gr.

18 heures : tire-lait à main 15' au sein gauche : 70 gr.

22 heures : tire-lait à main 15' au sein droit : 75 gr.

Le 13, les crevasses sont presque complètement cicatrisées.

9 heures : tire-lait électrique 10' au sein droit : 60 gr.

12 heures : tire-lait électrique 10' au sein gauche : 65 gr.

15 heures : tire-lait électrique 10' au sein droit : 55 gr.

A 18 heures et à 22 heures, la mère donne le sein à l'aide d'un bout de sein.

Le 14, les crevasses sont complètement guéries.

A 6 et à 9 heures, l'enfant est mis au sein sans incident.

Sortie de la femme.

OBSERVATION VII

Crevasses bilatérales.

Mme R..., 28 ans, II-pare, n° 4.

I. Accouchement, en 1927 :

Allaitement au sein difficile, à cause des mamelons très peu saillants : allaitement mixte jusqu'à 3 mois, la mère se servant d'un tire-lait à main.

II. Accouchement le 5 février 1929, fille de 3 kgr. 600.

Mise au sein le 7 février.

Le 9 : crevasses au sein droit.

Le 10 : crevasses au sein gauche :

Les crevasses siègent à la pointe et à la partie moyenne du mamelon ; les douleurs sont vives à chaque tétée, à ce moment il existe un léger suintement séro-sanglant.

Le 11, on supprime l'allaitement au sein et on emploie le tire-lait électrique.

9 heures : tire-lait électrique 10' au sein gauche : 65 gr. de lait, la traite est faite à pression faible (—5) et absolument indolore.

12 heures : tire-lait électrique 10' au sein droit : 60 gr
pression faible, aucune douleur.

15 heures : tire-lait électrique 10' au sein gauche : 70 gr.

18 heures : tire-lait à main 10' à chaque sein : 80 gr.
pour les 2 seins.

22 heures : tire-lait à main 10' chaque sein : 75 gr.
pour les 2 seins, l'emploi du tire-lait à main est légèrement
douloureux.

Le 12, 6 heures : tire-lait à main 10' au sein droit : lait
non mesuré.

9 heures : tire-lait électrique 10' au sein gauche :
65 gr.

12 heures : tire-lait électrique 10' au sein droit : 80 gr.

15 heures : tire-lait électrique 10' au sein gauche :
75 gr.

18 heures : tire-lait à main 15' au sein droit : 90 gr.

22 heures : tire-lait à main 15' au sein gauche : 80 gr.

Le 13, 6 heures : tire-lait à main 15' au sein droit :
70 gr.

A l'examen, les crevasses du sein gauche sont presque
complètement cicatrisées ; à droite les crevasses quoique
diminuées persistent ; depuis le début en effet il existe de ce
côté un suintement lacté continu faisant macérer le mamelon.

9 heures : tire-lait électrique 10' au sein gauche : 75 gr.

12 heures : tire-lait électrique 10' au sein droit : 60 gr.

15 heures : tire-lait électrique 10' au sein gauche :
75 gr.

18 heures : tire-lait à main 15' au sein droit : 70 gr.

22 heures : tire-lait à main 15' au sein gauche : 70 gr.

Le 14, 6 heures : au lieu de tirer son lait, la mère donne les 2 seins à l'enfant.

A l'examen, le sein gauche est complètement cicatrisé ; à droite, du fait de la tétée intempestive, les crevasses sont au même état qu'au début ; il existe une très légère zone inflammatoire périmamelonnaire.

9 heures : tire-lait électrique 10' au sein gauche : 75 gr.

A 12 heures et à 15 heures : n'ayant pu tirer le lait à la mère, celle-ci donne de nouveau les 2 seins, malgré défense faite.

La tétée de 15 heures est douloureuse au sein droit et l'enfant vomit en totalité le lait ingéré à chaque tétée.

Vers 17 heures, des douleurs spontanées apparaissent au sein droit la température est à 37°9.

18 heures : tire-lait à main 20' au sein gauche à 70 gr.

22 heures : le sein droit est très douloureux, le lait n'est pas tiré.

Le 15, apparition d'une lymphangite nettement caractérisée du sein droit, siégeant dans la moitié interne du sein, les douleurs sont très vives.

La température est montée à 39°8.

On cesse alors l'emploi du tire-lait électrique, le sein gauche étant lui-même cicatrisé complètement depuis le 14.

La lymphangite du sein droit se résout rapidement sous l'effet des pansements humides ; le 18, le sein est complètement guéri.

N.-B. — Cette observation est particulièrement intéressante. Elle montre en effet la différence d'évolution pour les 2 seins.

1^o Au sein gauche, évolution normale des crevasses vers la guérison, sans complications, avec le tire-lait électrique, tout en continuant l'allaitement.

L'enfant n'a pris directement le sein qu'après la cicatrisation complète.

2^o Au sein droit, non encore cicatrisé, rôle manifeste de la reprise du sein trop rapide et intempestive, dans l'apparition de la lymphangite.

OBSERVATION VIII

Crevasses bilatérales.

Mme R..., 35 ans, VI-pare.

Accouchement le 22 février 1929 : garçon de 3 kgr. 975.

Mise au sein le 24.

Le 25, apparaissent des crevasses bilatérales, la mère cependant continue à allaiter.

Le 26, les tétées sont très douloureuses, les mamelons présentent plusieurs fissures à la base et à la pointe.

On supprime l'allaitement au sein et on emploie le tire-lait électrique.

9 heures : tire-lait électrique 10' au sein gauche : 50 gr. de lait, pression — 5, aucun phénomène douloureux.

12 heures : tire-lait électrique 10' au sein droit : 40 gr.

15 heures : tire-lait électrique 10' au sein gauche : 55 gr.

Le lait tiré est donné à l'enfant.

Aux autres tétées l'enfant reçoit un biberon de lait stérilisé.

Le 27, 9 heures : tire-lait électrique 10' au sein droit :
60 gr.

12 heures : tire-lait électrique 10' au sein gauche :
50 gr.

15 heures : tire-lait électrique 10' au sein droit : 55 gr.

Aux autres tétées, on donne 1 biberon.

Le 28 : les crevasses sont en grande partie cicatrisées ;

9 heures : tire-lait électrique 10' au sein gauche :
65 gr.

12 heures : tire-lait électrique 10' au sein droit : 50 gr.

15 heures : tire-lait électrique 10' au sein gauche :
60 gr.

Aux autres tétées on donne 1 biberon.

Le 1^{er} mars, crevasses complètement cicatrisées au sein droit ; au sein gauche il persiste, légère excoriation à la pointe du mamelon.

L'allaitement est repris à l'aide d'un bout de sein.

Sortie de la femme.

OBSERVATION IX

Hypogalactie

Mme C..., 25 ans, primipare. Salle Tarnier, n° 26.

Accouchement normal le 5 février 1929 à la maternité de Tenon.

Mise au sein le 7 février : l'enfant à chaque tétée crie et s'agite.

Le 8 et le 9, on remplace une tétée par un biberon.

Le 10, on remplace 2 tétées par 2 biberons :

A 18 heures : la pesée de contrôle montre que l'enfant n'a rien pris aux 2 seins.

Le 11 février, à 6 heures et à 9 heures l'enfant présenté aux 2 seins, ne prend rien, et reçoit un biberon.

12 heures : Tire-lait électrique 10 minutes chaque sein.
S. G. 7 gr., S. D. 20 gr. = 27 gr.

15 heures : enfant aux 2 seins : S. G. 0 gr. ; S. D. 20 gr.
= 20 gr.

18 heures : enfant aux 2 seins : S. G. 0 gr. ; S. D. 0 gr.

22 heures : enfant aux 2 seins : S. G. 0 gr. ; S. D. 20 gr.
= 20 gr.

Quantité totale en 24 heures : 67 gr.

Le 12 février, 6 heures : 1 biberon.

9 heures : tire-lait électrique 10 minutes chaque sein.
S. G. 20 gr. ; S. D. 60 gr. = 80 gr.

12 heures : tire-lait électrique 10 minutes chaque sein.
S. G. 45 gr. ; S. D. 35 gr. = 80 gr.

15 heures : tire-lait électrique 10 minutes chaque sein.
S. G. 15 gr. ; S. D. 35 gr. = 50 gr.

18 heures : enfant aux seins + 1 biberon.

22 heures : tire-lait à main 15 minutes chaque sein.
S. G. 15 gr. ; S. D. 35 gr. = 50 gr.

Quantité totale en 24 heures : 260 gr.

Le 13 février, 6 heures : tire-lait à mains 15' chaque sein. S. G. 10 gr. ; S. D. 30 gr. = 40 gr.

9 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G. 15 gr. ;
S. D. 50 gr. = 65 gr.

12 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G.
15 gr. ; S. D. 40 gr. = 55 gr.

15 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G.
10 gr. ; S. D. 40 gr. = 50 gr.

18 heures : un biberon.

22 heures : tire-lait à main 15' chaque sein. S. G. 10 gr. ;
S. D. 30 gr. = 40 gr.

Quantité totale en 24 heures : 250 gr.

Le 14 février, 6 heures : tire-lait à main 15' chaque sein.
S. G. 6 gr. ; S. D. 45 gr. = 51 gr.

9 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G. 30 gr. ;
S. D. 60 gr. = 90 gr.

12 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G.
15 gr. ; S. D. 40 gr. = 55 gr.

15 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G.
25 gr. ; S. D. 55 gr. = 80 gr.

18 heures : tire-lait à main 15' chaque sein. S. G. 10 gr. ;
S. D. 25 gr. = 35 gr.

22 heures : un biberon.

Quantité totale en 24 heures : 311 gr.

Le 15 février, 6 heures : tire-lait à main 15' chaque sein.
S. G. 15 gr. ; S. D. 50 gr. = 65 gr.

9 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G. 50 gr. ;
S. D. 55 gr. = 105 gr.

12 heures : tire-lait électrique 10' au sein gauche.
S. G. 50 gr. ; enfant au sein droit : 0 gr. = 50 gr.

15 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G.
15 gr. ; S. D. 50 gr. = 65 gr.

18 heures : tire-lait à main 10' chaque sein. S. G. 0 gr. ;
S. D. 45 gr. = 45 gr.

22 heures : tire-lait à main 10' chaque sein. S. G.
10 gr. ; S. D. 50 gr. = 60 gr.

Quantité totale en 24 heures : 450 gr.

Le 16 février, 6 heures : enfant au sein droit. S. D. 50 gr.
= 50 gr.

+ tire-lait à main 15' chaque sein. S. G. 25 gr. ;
S. D. 50 gr. = 75 gr.

9 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G.
40 gr. ; S. D. 45 gr. = 85 gr.

12 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G.
55 gr. ; S. D. 25 gr. = 80 gr.

15 heures : enfant au sein droit + tire-lait électrique
au sein gauche. S. G. 40 gr. ; S. D. 45 gr. = 85 gr.

18 heures : tire-lait à main 10' chaque sein. S. G.
10 gr. ; S. D. 40 gr. = 50 gr.

22 heures : enfant au sein droit. S. D. 30 gr. = 30 gr.

+ tire-lait à main 10' chaque sein. S. G. 25 gr. ; S. D.
25 gr. = 50 gr.

Quantité totale en 24 heures : 505 gr.

Le 17 février, 6 heures : enfant aux 2 seins. 70 gr. en
tout.

6 h. 30 : tire-lait à main 10' chaque sein. S. G. 35 gr. ;
S. D. 75 gr.

9 heures : enfant au sein gauche, 60 gr.

Sortie de la femme.

OBSERVATION X

Agalactie du sein droit consécutive à des abcès successifs.

Crevasses du sein gauche.

Mme T..., 24 ans, V-pare. Salle T rnier, n° 7.

Entre à la maternité de Tenon le 7 février 1929.

1^{er} accouchement en décembre 1921 : 2 filles vivantes
nourries au sein jusqu'à 3 mois. En février 1922, abcès du

sein droit incisé ; de février à avril, abcès successifs du sein droit nécessitant de nouvelles incisions.

2^e accouchement à Tenon en août 1923 : allaitement normal au sein gauche, impossible au sein droit malgré toutes les tentatives faites pendant les 15 premiers jours. L'enfant n'est nourri qu'au sein gauche.

3^e accouchement à la clinique Tarnier en février 1925. Pendant les 18 jours de présence de la femme, on essaie chaque jour soit en présentant l'enfant à toutes les tétées, soit avec une tétérelle aspiratrice, de faire monter le lait au niveau du sein droit ; on n'obtient aucun résultat. Ce sein présente néanmoins les mêmes phénomènes congestifs que le gauche.

4^e accouchement en mai 1927 à la clinique Tarnier. Cette fois l'enfant est mis uniquement au sein gauche.

5^e accouchement le 8 février 1929 à la maternité de Tenon : garçon de 4 kgr. 200. L'enfant est présenté régulièrement aux 2 seins à chaque tétée à partir du 10 février : au sein gauche le lait monte normalement ; au sein droit, au bout de quelques minutes, l'enfant pleure et refuse de téter.

Le 11 février, apparition de crevasses au sein gauche.

Le 12 février, à l'examen : le sein gauche présente une crevasse linéaire en coup d'ongle à la base du mamelon, crevasse très douloureuse au moment de la tétée ; le sein droit est atrophié en partie, et d'un volume moitié moindre que le gauche. Dans l'ensemble il est moins ferme, peu riche en glandes, avec des zones indurées au niveau des cicatrices.

On essaie le tire-lait électrique au sein droit à la tétée de 15 heures : en 10 minutes on obtient difficilement 15 gr. d'un lait très dilué.

Le 13 février, 9 heures : tire-lait électrique 10 minutes chaque sein. S. G. 95 gr. ; S. D. 20 gr. : au sein droit atrophié, au sein gauche pour crevasses.

12 heures : tire-lait électrique 10 minutes chaque sein. S. G. 50 gr. ; S. D. 20 gr.

15 heures : tire-lait électrique 10 minutes chaque sein. S. G. 60 gr. ; S. D. 25 gr.

18 heures : tire-lait à main 10' chaque sein. S. G. 35 gr. ; S. D. 0.

22 heures : tire-lait à main 10' chaque sein. S. G. 25 gr. ; S. D. 0.

Quantité totale pour le sein droit : 65 gr.

Le 14 février, 6 heures : le lait n'est pas tiré.

9 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G. 70 gr. ; S. D. 30 gr.

12 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G. 60 gr. ; S. D. 10 gr.

15 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G. 65 gr. ; S. D. 10 gr.

A 18 heures et à 22 heures : le lait n'est pas tiré.

Quantité totale pour le sein droit : 50 gr.

Le 15 février, crevasses du sein gauche cicatrisées.

6 heures : enfant au sein gauche, pas de pesée de contrôle.

9 heures : tire-lait électrique 10' au sein gauche, 15' au sein droit. S. G. 70 gr. ; S. D. 40 gr.

12 heures : enfant aux 2 seins prend en tout : 80 gr.

12 h. 1/2 : tire-lait électrique 15' au sein droit : 25 gr.

15 heures : enfant au sein gauche. Tire-lait électrique 15' au sein droit : 40 gr.

18 heures : enfant aux 2 seins. Pas de pesée de contrôle.

22 heures : enfant au sein gauche : 70 gr.

Quantité totale pour le sein droit : 105 gr.

Le 16 février, 6 heures : enfant au sein gauche : 90 gr.

9 heures : tire-lait électrique 15' au sein droit : 50 gr.

12 heures : enfant au sein gauche : 60 gr.

12 h. 30 : tire-lait électrique 15' au sein droit : 55 gr.

15 heures : enfant au sein gauche : 50 gr.

15 h. 30 : tire-lait électrique 15' au sein droit : 45 gr.

18 heures : enfant au sein droit (pour la 1^{re} fois) : 50 gr.

22 heures : enfant au sein gauche : 65 gr.

Quantité totale pour le sein droit : 200 gr.

Le 17 février, 6 heures : enfant aux 2 seins (sein droit en 1^{re}) : 80 gr. pour les 2.

9 heures : enfant au sein droit : 60 gr.

Sortie de la femme.

OBSERVATION XI

Hypogalactie.

Mme H..., 23 ans, secondipare. Salle Tarnier, n° 9.

1^{er} accouchement en novembre 1927 à Tenon : fille de 3 kgr. 500.

Hypogalactie très marquée, allaitement au sein impossible ; l'enfant nourrie au lait stérilisé meurt à 5 semaines d'une gastro-entérite.

2^e accouchement le 13 février 1929 à Tenon : garçon de 4 kgr. Mise au sein le 15 février.

Dans la nuit du 15 au 16 apparaissent des douleurs très vives dans les seins, surtout au sein droit.

Le 16 février, les seins sont petits, durs, bien conformés ;

le sein droit est très douloureux spontanément, avec rougeur et induration dans sa moitié externe, la température est à 37°6. Des compresses chaudes sont mises en permanence sur les seins.

On commence l'application du tire-lait électrique.

9 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G. 20 gr. ; S. D. 15 gr. = 35 gr. : la traite à basse pression (—4) est indolore au sein droit.

12 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G. 20 gr. ; S. D. 10 gr. = 30 gr.

15 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G. 25 gr. ; S. D. 25 gr. = 50 gr. : les douleurs du sein droit sont très atténuées après chaque traite.

18 heures : tire-lait à main 10' chaque sein. S. G. 15 gr. ; S. D. 20 gr. = 35 gr.

22 heures : tire-lait à main 10' chaque sein. S. G. 15 gr. ; S. D. 20 gr. = 35 gr.

Quantité totale en 24 heures : 185 gr.

Le 17 février, 6 heures : tire-lait à main 10' chaque sein. S. G. 20 gr. ; S. G. 20 gr. = 40 gr.

Les phénomènes inflammatoires du sein droit ont beaucoup diminué.

9 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G. 25 gr. ; S. D. 30 gr. = 55 gr.

12 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G. 20 gr. ; S. D. 35 gr. = 55 gr.

15 heures : le lait n'est pas tiré.

18 heures : tire-lait à main 10' chaque sein. S. G. 10 gr. ; S. D. 25 gr. = 35 gr.

22 heures : tire-lait à main 10' chaque sein. S. G. 20 gr. ;

S. D. 25 gr. = 45 gr.

Quantité totale en 24 heures : 230 gr.

Le 18 février, le sein droit est redevenu normal.

6 heures : tire-lait à main 10' chaque sein. S. G. 25 gr. ;

S. D. 25 gr. = 50 gr.

9 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G.

40 gr. ; S. G. 30 gr. = 70 gr.

12 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G.

30 gr. ; S. D. 25 gr. = 55 gr.

15 heures : tire-lait à main 10' sein droit. S. G. pas tiré ;

S. D. 25 gr. = 25 gr.

18 heures : tire-lait à main 10' chaque sein. S. G. 25 gr. ;

S. D. 35 gr. = 55 gr.

22 heures : tire-lait à main 10' sein droit. S. G. pas tiré ;

S. D. 25 gr. = 25 gr.

Quantité totale en 24 heures : 280 gr.

Le 19 février, 6 heures : tire-lait à main 10' chaque sein.

S. G. 35 gr. ; S. D. 10 gr. = 45 gr.

9 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G. 30 gr. ;

S. D. 25 gr. = 55 gr.

12 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G. 25 gr. ;

S. D. 35 gr. = 60 gr.

15 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G. 15 gr. ;

S. D. 30 gr. = 45 gr.

18 heures : tire-lait à main 10' chaque sein. S. G. 10 gr. ;

S. D. quelques grammes = 10 gr.

22 heures : tire-lait à main 10' chaque sein. S. G. 10 gr. ;

S. D. 15 gr. = 25 gr.

Quantité totale en 24 heures : 240 gr.

Le 20 février, 6 heures : tire-lait à main 10' chaque sein.
S. G. 25 gr. ; S. D. 25 gr. = 50 gr.

9 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G. 25 gr. ;
S. D. 25 gr. = 50 gr.

12 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G. 15 gr. ;
S. D. 20 gr. = 35 gr.

15 heures : tire-lait électrique 10' au sein gauche, 15' au
sein droit. S. G. 20 gr. ; S. D. 30 gr. = 50 gr.

18 heures : tire-lait à main 10' chaque sein. S. G. 10 gr. ;
S. D. 20 gr. = 30 gr.

22 heures : tire-lait à main 10' chaque sein. S. G. 15 gr. ;
S. D. 15 gr. = 30 gr.

Quantité totale en 24 heures : 245 gr.

Le 21 février, 6 heures : tire-lait à main 15' chaque sein.
S. G. 30 gr. ; S. D. 25 gr. = 55 gr.

9 heures : tire-lait électrique 15' chaque sein. S. G.
25 gr. ; S. D. 50 gr. = 75 gr.

12 heures : tire-lait électrique 15' chaque sein. S. G.
25 gr. ; S. D. 30 gr. = 55 gr.

15 heures : tire-lait électrique 15' chaque sein. S. G.
30 gr. ; S. D. 20 gr. = 50 gr.

18 heures : tire-lait à main 15' chaque sein. S. G. 10 gr. ;
S. D. 15 gr. = 25 gr.

22 heures : tire-lait à main 15' chaque sein. S. G. 25 gr. ;
S. D. 30 gr. = 55 gr.

Quantité totale en 24 heures : 315 gr.

Le 22 février, 6 heures : tire-lait à main 15' chaque sein.
S. G. 35 gr. ; S. D. 40 gr. = 75 gr.

9 heures : tire-lait électrique 15' chaque sein. S. G.
25 gr. ; S. D. 50 gr. = 75 gr.

12 heures : tire-lait électrique 15' chaque sein. S. G.
25 gr. ; S. G. 25 gr. = 50 gr.

15 heures : tire-lait électrique 15' chaque sein. S. G.
25 gr. ; S. D. 45 gr. = 60 gr.

18 heures : tire-lait à main 15' chaque sein. S. G. 15 gr. ;
S. D. 25 gr. = 40 gr.

22 heures : tire-lait à main 15' chaque sein. S. G. 25 gr. ;
S. D. 25 gr. = 50 gr.

Quantité totale en 24 heures : 350 gr.

Le 23 février, 6 heures : tire-lait à main 15' chaque sein.
S. G. 40 gr. ; S. D. 45 gr. = 85 gr.

9 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G.
45 gr. ; S. D. 70 gr. = 115 gr.

12 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G.
30 gr. ; S. D. 50 gr. = 80 gr.

15 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G.
30 gr. ; S. D. 35 gr. = 65 gr.

18 heures : tire-lait à main 15' de chaque sein. S. G.
25 gr. ; S. D. 10 gr. = 35 gr.

22 heures : tire-lait à main 15' de chaque sein. S. G.
25 gr. ; S. D. 30 gr. = 55 gr.

Quantité totale en 24 heures : 435 gr.

Le 24 février, 6 heures : tire-lait à main 15' chaque sein.
S. G. 45 gr. ; S. D. 40 gr. = 85 gr.

9 heures : tire-lait électrique 15' chaque sein. S. G.
55 gr. ; S. D. 70 gr. = 125 gr.

12 heures : tire-lait électrique 15' chaque sein. S. G.
35 gr. ; S. D. 50 gr. = 85 gr.

15 heures : enfant directement aux seins 10' chaque
sein. S. G. 25 gr. ; S. D. 15 gr. = 40 gr.

18 heures : enfant directement aux seins 10' chaque sein.
S. G. 25 gr. ; S. D. 25 gr. = 50 gr.

22 heures : enfant directement aux seins 10' chaque sein.
S. G. 20 gr. ; S. D. 15 gr. = 35 gr.

Quantité totale en 24 heures : 420 gr.

Le 25 février, 6 heures : enfant aux seins 10' chaque sein.
S. G. 45 gr. ; S. D. 45 gr. = 90 gr.

9 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G.
60 gr. ; S. D. 65 gr. = 125 gr.

12 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G.
35 gr. ; S. D. 55 gr. = 90 gr.

15 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G.
30 gr. ; S. D. 30 gr. = 60 gr.

18 heures : tire-lait à main 10' chaque sein. S. G. 15 gr. ;
S. D. 10 gr. = 25 gr.

22 heures : enfant aux seins 10' chaque sein. S. G. 10 gr. ;
S. D. 15 gr. = 25 ; + tire-lait à main 10' chaque sein. S. G.
25 gr. pour les 2. = 25 gr.

Quantité totale en 24 heures : 440 gr.

Le 26 février, 6 heures : enfant aux seins 10' chaque
sein. S. G. 70 gr. ; S. D. 50 gr. = 120 gr.

9 heures : tire-lait électrique 15' chaque sein. S. G.
55 gr. ; S. D. 75 gr. = 130 gr.

12 heures : tire-lait électrique 15' chaque sein. S. G.
35 gr. ; S. D. 30 gr. = 65 gr.

15 heures : tire-lait électrique 15' chaque sein. S. G.
35 gr. ; S. D. 40 gr. = 75 gr.

18 heures : enfant aux seins 10' chaque sein. S. G.
25 gr. ; S. D. 30 gr. = 55 gr.

22 heures : enfant aux seins 10' chaque sein. S. G. 50 gr. ; S. D. 25 gr. = 75 gr.

Quantité totale en 24 heures : 520 gr.

Le 27 février, l'enfant est mis au sein à toutes les tétées.

6 heures : enfant aux seins 10' chaque sein. S. G. 40 gr. ; S. D. 50 gr. = 90 gr.

9 heures : enfant aux seins 10' chaque sein. S. G. 25 gr. ; S. D. 30 gr. = 55 gr.

12 heures : enfant aux seins 10' chaque sein. S. G. 35 gr. ; S. D. 55 gr. = 90 gr.

15 heures : enfant aux seins 10' [chaque sein. S. G. 35 gr. ; S. D. 45 gr. = 80 gr.

18 heures : enfant aux seins 10' chaque sein. 60 gr. pour les 2.

22 heures : enfant aux seins 10' chaque sein. 60 gr. pour les 2.

Quantité totale prise directement au sein : 435 gr.

Le 28 février, 6 heures : l'enfant au sein prend 80 gr. pour les 2.

9 heures : pas de pesée de contrôle.

La femme sort à 11 heures.

Depuis sa sortie, la mère ne pouvant peser son enfant à chaque tétée, se sert d'un tire-lait à main et n'obtient plus rapidement que 20 à 30 gr. au plus pour les 2 seins.

Cette quantité baisse encore dans les jours suivants pour atteindre 10 gr. le 5 mars à chaque tétée.

Elle entre de nouveau le 6 mars à 12 heures.

Le 6 mars, 15 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G. 15 gr. ; S. D. 25 gr. = 40 gr.

18 heures; tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G. 10 gr.; S. D. 15 gr. = 25 gr.

22 heures: tire-lait à main 15' chaque sein. 15 gr. pour les 2.

Le 7 mars, 6 heures: tire-lait à main 15' chaque sein S. G. 5 gr.; S. D. 5 gr. = 10 gr.

9 heures: tire-lait électrique 15' chaque sein. S. G. 15 gr.; S. D. 25 gr. = 40 gr.

12 heures: tire-lait électrique 15' chaque sein. S. G. 10 gr.; S. D. 5 gr. = 15 gr.

15 heures: tire-lait électrique 15' chaque sein. S. G. 5 gr.; S. D. 10 gr. = 15 gr.

18 heures: tire-lait à main 15' chaque sein. S. G. 10 gr.; S. D. 10 gr. = 20 gr.

22 heures: tire-lait à main 15' chaque sein. S. G. 5 gr.; S. D. 10 gr. = 15 gr.

Quantité totale en 24 heures: 115 gr.

Le 8 mars, 6 heures: tire-lait à main 15' chaque sein. S. G. 10 gr.; S. D. 15 gr. = 25 gr.

9 heures: tire-lait électrique 15' chaque sein. S. G. 25 gr.; S. D. 30 gr. = 55 gr.

12 heures: tire-lait électrique 15' chaque sein. S. G. 10 gr.; S. D. 10 gr. = 20 gr.

15 heures: tire-lait électrique 15' chaque sein. S. G. 10 gr.; S. D. 20 gr. = 30 gr.

18 heures: enfant aux seins 10' chaque sein. S. G. 0 gr.; S. D. 20 gr. = 20 gr.

22 heures: enfant aux seins 10' chaque sein. S. G. 10 gr.; S. D. 10 gr. = 20 gr.

Quantité totale en 24 heures: 170 gr.

Le 9 mars, 6 heures : enfant aux seins 10' chaque sein.
S. G. 0 ; S. D. 10 gr. = 10 gr.

9 heures : tire-lait électrique 15' chaque sein. S. G.
30 gr. ; S. D. 75 gr. = 105 gr.

12 heures : tire-lait électrique 15' chaque sein. S. G.
15 gr. ; S. D. 35 gr. = 50 gr.

16 h. 30 : tire-lait électrique 15' chaque sein. S. G.
25 gr. ; S. D. 30 gr. = 55 gr.

A 18 heures et 22 heures : l'enfant n'est pas présenté au sein et reçoit un biberon.

Quantité totale en 24 heures : 210 gr.

Le 10 mars, 6 heures : enfant aux seins 10' chaque sein.
S. G. 20 gr. ; S. D. 25 gr. = 45 gr.

9 heures : tire-lait électrique 15' chaque sein. S. G.
35 gr. ; S. D. 65 gr. = 100 gr.

12 heures : tire-lait électrique 15' chaque sein. S. G.
25 gr. ; S. D. 25 gr. = 50 gr.

15 heures : enfant aux seins 10' chaque sein. S. G.
20 gr. ; S. D. 20 gr. = 40 gr.

18 heures : enfant aux seins 10' chaque sein. S. G.
20 gr. ; S. D. 30 gr. = 50 gr.

22 heures : enfant aux seins 10' chaque sein. S. G.
20 gr. ; S. D. 30 gr. = 50 gr.

Quantité totale en 24 heures : 335 gr.

Le 11 mars, 6 heures : enfant aux seins 10' chaque sein.
S. G. 30 gr. ; S. D. 50 gr. = 80 gr.

9 heures : tire-lait électrique 15' chaque sein. S. G.
25 gr. ; S. D. 65 gr. = 90 gr.

12 heures : tire-lait électrique 15' chaque sein. S. G.
20 gr. ; S. D. 30 gr. = 50 gr.

15 heures : tire-lait électrique 15' chaque sein S. G.
10 gr. S. D. 15 gr. = 30 gr.

18 heures : enfant aux seins 10' chaque sein. S. G. 0 gr. ;
S. D. 30 gr. = 30 gr.

22 heures : enfant aux seins 10' chaque sein. S. G.
10 gr. ; S. D. 15 gr. = 25 gr.

Quantité totale en 24 heures : 300 gr.

Le 12 mars, 6 heures : enfant aux seins 10' chaque sein.
S. G. 25 gr. ; S. D. 45 gr. = 70 gr.

9 heures : tire-lait électrique 15' chaque sein. S. G.
30 gr. ; S. D. 65 gr. = 95 gr.

Nous n'avons pu continuer l'expérience plus longtemps.
L'enfant remis directement au sein prend entre 70 et
80 grammes pour une tétée. Nous avons revu tout récem-
ment la mère le 26 mars : la sécrétion mammaire s'est main-
tenue cette fois, et l'enfant prend 80 et même 90 grammes
pour une tétée.

OBSERVATION XII

Hypogalactie très marquée.

Mme L..., 30 ans, secondipare. Salle Tarnier, n° 27.

1^{er} Accouchement en 1920 : fille nourrie difficilement au
sein pendant le 1^{er} mois, puis placée en nourrice.

2^e Accouchement le 17 février 1929 : fille de 3 kgr. 100.

Mise au sein le 19 ; les jours suivants aucune montée lai-
teuse n'apparaît, et les pesées de contrôle montrent que
l'enfant ne prend à chaque tétée que 10 à 15 grammes pour
les deux seins.

Le 25 février, à l'examen, les seins sont petits, flasques,
très peu riches en glandes ; l'expression fait sourdre diffici-

lement une goutte de lait. On essaie le tire-lait électrique.

9 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G. 5 gr. ; S. D. 10 gr. = 15 gr.

12 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G. 5 gr. ; S. D. 15 gr. = 20 gr.

15 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G. 10 gr. ; S. D. 10 gr. = 20 gr.

18 heures : enfant au sein 10' chaque sein. S. G. 5 gr. ; S. D. 5 gr. = 10 gr.

22 heures : tire-lait à main 10' chaque sein. S. G. 10 gr. ; S. D. 10 gr. = 20 gr.

Quantité totale en 24 heures : 85 gr.

Le 26 février, 6 heures : l'enfant est présenté aux 2 seins + tire-lait à main 15' chaque sein. S. G. 2 gr. ; S. D. 3 gr.

5 gr.

9 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G. 10 gr. S. D. 3 gr. = 13 gr.

12 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G. 15 gr. ; S. D. 0 gr. = 15 gr.

15 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G. 10 gr. S. D. 3 gr. = 13 gr.

A 18 heures et à 22 heures : tire-lait à main 15' à chaque sein donne en tout 10 gr.

Quantité totale en 24 heures : 56 gr.

Le 27 février, 6 heures : tire-lait à main 15' chaque sein. S. G. 15 gr. ; S. D. 5 gr. = 20 gr.

9 heures : enfant au sein : 0 gr.

9 h. 30 : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G. 10 gr. ; S. D. 0 gr. = 10 gr.

12 heures : enfant au sein : S. G. 0 gr. ; S. D. 0 gr.

12 h. 30 : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G. 3 gr. ; S. D. 2 gr. = 5 gr.

15 heures : enfant au sein. S. G. 0 gr. ; S. D. 0 gr.

15 h. 30 : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G. 20 gr. ; S. D. 5 gr. = 25 gr.

18 heures : enfant au sein. S. G. 0 gr. ; S. D. 0 gr.

22 heures : enfant au sein (pas de pesées) + tire-lait à main 10' chaque sein. S. G. 10 gr. ; S. D. 0 gr. = 10 gr.

Quantité totale en 24 heures : 70 gr.

Le 28 février, 6 heures : enfant au sein (pas de pesée + tire-lait à main 10' chaque sein S. G. 10 gr. ; S. D. 5 gr. = 15 gr.

9 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G. 20 gr. ; S. D. 10 gr. = 30 gr.

12 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G. 10 gr. ; S. D. 5 gr. = 15 gr.

15 heures : tire-lait électrique 10 minutes chaque sein. S. G. 25 gr. ; S. D. 10 gr. = 35 gr.

18 heures : tire-lait à main 10' chaque sein. S. G. 20 gr. ; S. D. 10 gr. = 30 gr.

22 heures : tire-lait à main 10' chaque sein. S. G. 20 gr. ; S. D. 5 gr. = 25 gr.

Quantité totale en 24 heures : 150 gr.

Le 1^{er} mars, 6 heures : tire-lait à main 15' chaque sein. S. G. 25 gr. ; S. D. 25 gr. = 50 gr.

9 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G. 40 gr. ; S. D. 25 gr. = 65 gr.

12 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G. 40 gr. ; S. D. 20 gr. = 60 gr.

15 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G.
40 gr. ; S. D. 25 gr. = 65 gr.

Le lait retiré à chaque traite est très clair et aqueux.

18 heures : tire-lait à main 10' chaque sein. S. G.
25 gr. ; S. D. 10 gr. = 35 gr.

22 heures : tire-lait à main 10' chaque sein. S. G.
20 gr. ; S. D. 10 gr. = 30 gr.

Quantité totale en 24 heures : 305 gr.

Le 2 mars, 6 heures : tire-lait à main 10' chaque sein.
S. G. 25 gr. ; S. D. 5 gr.

A 9 heures le lait n'est pas tiré.

La femme sort et l'on ne peut continuer l'expérience.

OBSERVATION XIII

Hypogalactie.

Mme V..., 27 ans, I-pare, n° 5 *bis*. Salle Tarnier.

Accouchement prématuré à 8 mois, le 22 février 1929.

2 jumeaux : fille de 2 kgr. 220.

garçon de 2 kgr. 300.

Le 24 et le 25, mise au sein impossible, la pression de l'aréole n'amenant pas de goutte de colostrum.

Le 26, 9 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein.
S. G. 10 gr. ; S. D. 15 gr. = 25 gr.

12 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G.
10 gr. ; S. D. 20 gr. = 30 gr.

15 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G.
20 gr. ; S. D. 20 gr. = 40 gr.

Le 27, 9 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein.
S. G. 25 gr. ; S. D. 25 gr. = 50 gr.

12 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G.
35 gr. ; S. D. 30 gr. = 65 gr.

15 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G.
30 gr. ; S. D. 25 gr. = 55 gr.

18 heures : tire-lait à main 15' chaque sein. S. G. 20 gr. ;
S. D. 20 gr. = 40 gr.

22 heures : tire-lait à main 15' chaque sein. S. G. 20 gr. ;
S. D. 25 gr. = 45 gr.

Quantité totale en 24 heures : 255 gr.

Le 28, 6 heures : tire-lait à main 15' chaque sein. S. G.
20 gr. ; S. D. 20 gr. = 40 gr.

9 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G.
40 gr. ; S. D. 40 gr. = 80 gr.

12 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G.
35 gr. ; S. D. 40 gr. = 75 gr.

15 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G.
25 gr. ; S. D. 20 gr. = 45 gr.

18 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein. S. G.
25 gr. ; S. D. 35 gr. = 60 gr.

22 heures : tire-lait à main 15' chaque sein. S. G.
25 gr. ; S. D. 25 gr. = 50 gr.

Quantité totale en 24 heures : 350 gr.

Le 1^{er} mars, 6 heures : tire-lait à main 15' chaque sein.
S. G. 30 gr. ; S. D. 30 gr. = 60 gr.

9 heures : tire-lait électrique 15' chaque sein. S. G.
50 gr. ; S. D. 55 gr. = 105 gr.

12 heures : tire-lait électrique 15' chaque sein. S. G.
45 gr. ; S. D. 40 gr. = 85 gr.

15 heures : tire-lait électrique 15' chaque sein. S. G.
45 gr. ; S. D. 40 gr. = 85 gr.

18 heures : tire-lait à main 15' chaque sein. S. G. 23 gr. ; S. D. 40 gr. = 63 gr.

22 heures : tire-lait à main 15' chaque sein. S. G. 23 gr. ; S. D. 25 gr. = 48 gr.

Quantité totale en 24 heures : 446 gr.

Le 2 mars, 6 heures : tire-lait à main 15' chaque sein. S. G. 40 gr. ; S. D. 45 gr. = 85 gr.

9 heures : tire-lait électrique 15' chaque sein. S. G. 75 gr. ; S. D. 60 gr. = 135 gr.

12 heures : tire-lait électrique 15' chaque sein. S. G. 60 gr. ; S. D. 55 gr. = 115 gr.

15 heures : tire-lait électrique 15' chaque sein. S. G. 52 gr. ; S. D. 50 gr. = 102 gr.

18 heures : tire-lait à main 15' chaque sein. S. G. 25 gr. ; S. D. 50 gr. = 75 gr.

22 heures : tire-lait à main 15' chaque sein. S. G. 10 gr. ; S. D. 30 gr. = 40 gr.

Quantité totale en 24 heures : 522 gr.

Le 3 mars, 6 heures : tire-lait à main 15' chaque sein. S. G. 30 gr. ; S. D. 50 gr. = 80 gr.

9 heures : tire-lait électrique 15' chaque sein. S. G. 60 gr. ; S. D. 60 gr. = 120 gr.

12 heures : tire-lait électrique 15' chaque sein. S. G. 70 gr. ; S. D. 50 gr. = 120 gr.

15 heures : tire-lait à main 15' chaque sein. S. G. 50 gr. ; S. D. 50 gr. = 100 gr.

18 heures : tire-lait à main 15' chaque sein. S. G. 25 gr. ; S. D. 25 gr. = 50 gr.

22 heures : tire-lait à main 15' chaque sein. S. G. 23 gr. ; S. D. 25 gr. = 48 gr.

Quantité totale en 24 heures : 518 gr.

Le 4 mars, 6 heures : tire-lait à main 15' chaque sein.
S. G. 60 gr. ; S. D. 65 gr. = 125 gr.

9 heures : tire-lait électrique 15' chaque sein. S. G.
75 gr. ; S. D. 65 gr. = 140 gr.

12 heures : tire-lait électrique 15' chaque sein. S. G.
50 gr. ; S. D. 65 gr. = 115 gr.

15 heures : tire-lait électrique 15' chaque sein. S. G.
65 gr. ; S. D. 60 gr. = 125 gr.

A partir de la tétée de 18 heures jusqu'à la sortie de la femme le 8 mars, les enfants sont mis directement au sein, mais débiles et prématurés ne prennent que 30 à 40 gr. que la mère complète en tirant son lait à la fin de chaque tétée avec un tire-lait à main.

OBSERVATION XIV

Hypogalactie. Lymphangite du sein droit.

Mme R..., 20 ans, I-pare, n° 33. Salle Tarnier.

Accouchement normal le 9 février 1929. Garçon de 3 kgr. 600.

Mise au sein le 11.

Le 13, apparition de crevasses bilatérales. Suppression du sein.

Le 16, l'enfant est remis au sein : directement au sein gauche complètement cicatrisé, avec un bout de sein au sein droit incomplètement guéri.

Le 17 et le 18, l'enfant est mis aux 2 seins directement.

A chaque tétée qui dure jusqu'à 30', l'enfant ne prend que 10 gr. de lait.

Le 16, lymphangite du sein droit : rougeur en placard avec traînée vers l'aisselle ; le sein est très tendu et très douloureux ; le mamelon présente des crevasses non cicatrisées.

Température 39°5.

On supprime l'allaitement au sein et on emploie le tire-lait électrique. Le sein est recouvert de compresses chaudes en permanence.

9 heures : tire-lait électrique 10' à chaque sein. S. G. 20 gr. ; S. D. 30 gr.

Au sein gauche à la pression de — 8.

Au sein droit, siège de la lymphangite, à la pression de — 3 — 4, la traite est très facilement supportée et soulage même la femme.

12 heures : tire-lait électrique 10' à chaque sein. S. G. 25 gr. ; S. D. 10 gr. dans les mêmes conditions.

15 heures : tire-lait électrique 10' à chaque sein. Au sein droit, à la pression de — 5. S. G. 25 gr. ; S. D. 15 gr.

A 17 heures : la température est descendue à 39°, la femme souffre moins au niveau du sein droit.

Le lait tiré du sein gauche est donné à l'enfant et complété.

Le 20, les douleurs du sein droit sont beaucoup moins vives, la rougeur du sein est moins marquée. Cependant il persiste une zone d'induration s'étendant à toute la moitié inférieure du sein, surtout dans la partie externe.

Les crevasses sont en voie de cicatrisation.

La température est à 37° 5.

9 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein ; au sein

droit pression : — 5 — 8 ; très bien supportée S. G. 40 gr. ;
S. D. 30 gr.

12 heures, tire-lait électrique 10' chaque sein, au sein
droit pression : — 5 — 8 ; très bien supportée : S. G. 40 gr. ;
S. D. 30 gr.

15 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein, au sein
droit pression : — 5 — 8 ; très bien supportée : S. G. 25 gr. ;
S. D. 25 gr.

18 heures : tire-lait à main 10' au sein gauche : 10 gr.

22 heures : tire-lait à main 10' au sein gauche : 20 gr.

Le 21, 6 heures : tire-lait à main 10' au sein gauche :
30 gr.

Au sein droit pas de changement appréciable, l'induration
persiste. Le palper est très douloureux, les crevasses
du mamelon sont cicatrisées, la température est à 37° 2.

9 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein : S. G.
25 gr. ; S. D. 30 gr.

12 heures : tire-lait électrique 10' au sein gauche :
5' au sein droit (pression — 5) : S. G. 20 gr. ; S. D. 15 gr.

15 heures : tire-lait électrique 10' au sein gauche, 5' au
sein droit : S. G. 25 gr. ; S. D. 18 gr.

18 heures : tire-lait à main 10' au sein gauche : 10 gr.

22 heures : tire-lait à main 10' au sein gauche : 25 gr.

Le 22, les douleurs sont redevenues plus vives dans le
sein droit ; l'induration très marquée semble s'étendre vers
l'aisselle.

La température oscille entre 37° 2 et 37° 8.

6 heures : tire-lait à main 10' au sein gauche : 50 gr.

9 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein : S. G.
30 gr. ; S. D. 30 gr.

12 heures : tire-lait électrique 10' au sein gauche : 5' au sein droit. S. G. 35 gr. ; S. D. 20 gr.

L'enfant ayant vomi le lait maternel à plusieurs tétées, est mis au lait stérilisé.

15 heures : tire-lait électrique 10' au sein gauche 5' au sein droit : S. G. 30 gr. ; S. D. 35 gr.

La traite du sein droit à pression faible est toujours bien supportée et soulage la femme.

A 17 heures, la température remonte à 38° 1.

18 heures : tire-lait à main 10' au sein gauche : 10 gr.

22 heures : tire-lait à main 10' au sein gauche : 35 gr.

Le 23, 6 heures : tire-lait à main 10' au sein gauche : 40 gr.

Pas de changement au niveau du sein droit l'induration persiste surtout vers l'aisselle.

Température 37° 2.

9 heures : tire-lait électrique 10' au sein gauche, 5' au sein droit : S. G. 25 gr. ; S. D. 30 gr.

12 heures : tire-lait électrique 10' au sein gauche, 5' au sein droit : S. G. 25 gr. ; S. D. 15 gr.

15 heures : tire-lait électrique 10' au sein gauche, 5' au sein droit : S. G. 40 gr. ; S. D. 15 gr.

A 17 heures température à 38° 6.

18 heures : tire-lait à main 10' au sein gauche : 25 gr.

22 heures : tire-lait à main 10' au sein gauche : 35 gr.

Le 24, 6 heures : tire-lait à main 10' au sein gauche : 55 gr.

La partie inférieure du sein droit se dégage, l'induration et les phénomènes inflammatoires persistent vers la partie externe.

Température 37°7.

9 heures : tire-lait électrique 10' au sein gauche :
35 gr. ; 5' au sein droit : 25 gr.

12 heures : tire-lait électrique 10' au sein gauche :
35 gr. ; 5' au sein droit : 10 gr.

15 heures : tire-lait électrique 10' au sein gauche :
40 gr. ; 5' au sein droit : 20 gr.

18 heures : tire-lait à main 10' sein gauche : 35 gr.

22 heures : tire-lait à main 10' sein gauche : 30 gr.

Le 25, 6 heures : tire-lait à main 10' au sein gauche :
50 gr.

9 heures : pas de changement au niveau du sein droit.
Température 37°8.

Tire-lait électrique 10' chaque sein : S. G. 50 gr. ; S.
D. 30 gr.

12 heures : tire-lait électrique 10' chaque sein : S. G.
30 gr. ; S. D. 30 gr.

15 heures : tire-lait électrique 10' au sein gauche ; 5' au
sein droit : S. G. 30 gr. ; S. D. 15 gr.

A 17 heures : la température est à 38°2, les douleurs
spontanées dans le sein droit redeviennent plus vives.

18 heures : tire-lait à main 10' au sein gauche : 25 gr.

22 heures : tire-lait à main 10' au sein gauche : 30 gr.

Le 26, 6 heures : tire-lait à main 10' au sein gauche :
25 gr.

La température est à 37°6.

Mais l'induration de la partie externe du sein droit est
nettement plus marquée, s'étendant franchement vers l'ais-
selle. Il n'existe pas de point fluctuant ; on cesse la traite
du sein droit.

9 heures : tire-lait électrique 10' au sein gauche : 50 gr.

12 heures : tire-lait électrique 10' au sein gauche : 35 gr.

15 heures : tire-lait électrique 10' au sein gauche : 50 gr.

18 heures : tire-lait à main 10' au sein gauche : 30 gr.

Le 27, Incision de l'abcès du sein droit : issus de pus peu abondant.

L'emploi du tire-lait électrique est définitivement supprimé.

CONCLUSIONS

1° Le tire lait électrique du D^r Abt constitue un progrès très net sur les appareils précédemment employés. Il est appelé à rendre des services toutes les fois que la succion directe de l'enfant est difficile ou impossible.

2° Dans les malformations du mamelon.

Il l'assouplit, le mobilise et permet ainsi d'en modifier la forme défectueuse. En cas d'échec, l'enfant pourra, grâce à lui, être nourri avec le lait maternel, tout au moins pendant les premiers mois.

3° Dans les crevasses.

a) Il soustrait le mamelon aux traumatismes et à l'infection de la bouche de l'enfant et assure ainsi une cicatrisation rapide, sans complications.

b) Il supprime les douleurs de la tétée.

c) Il entretient la sécrétion lactée, tout en évitant l'engorgement mammaire.

d) Enfin il permet facilement au nourrisson de bénéficier du lait maternel pendant la durée du traitement.

4° Dans l'hypogalactie.

Le tire lait électrique par les suctions prolongées

et énergiques qu'il permet, par la congestion mammaire qu'il détermine, par la traite complète du sein à chaque tétée nous semble pouvoir agir favorablement sur la sécrétion lactée. Toutefois le petit nombre de nos observations ne nous autorise pas à formuler une conclusion définitive.

5° Dans la lymphangite du sein.

Le traitement classique semble être le plus rationnel, le seul cas traité ayant évolué vers l'abcédation. Après la disparition des phénomènes inflammatoires, le tire lait électrique pourrait alors trouver son emploi pour réactiver la sécrétion lactée. Nous ne pouvons conclure sur une seule observation.

De toutes façons, il est à souhaiter que l'usage d'un tel appareil se généralise dans les maternités. Contrairement à la traite manuelle des nourrices qui, au début, est douloureuse, et souvent pratiquée avec une asepsie relative, il assure une traite indolore et aseptique ; enfin il écarte des nourrices tout danger de contagion.

Vu : le Président de la thèse,

BRINDEAU.

Vu le Doyen,

ROGER

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Bouchacourt. — Revue d'hygiène et de médecine infantile, 1907, n^{os} 5 et 6 : Etude critique des différents procédés et substances galactogènes.

Brindeau et Destrieux. — Société d'obstétrique et de gynécologie: novembre 1928. De l'emploi de la pompe à lait électrique.

Deresse. — Des causes qui empêchent les femmes d'allaiter, moyens d'y remédier. Thèse Paris, 1914.

Doat. — De la difficulté de l'allaitement provenant de la forme des mamelons. Thèse Paris, 1887.

Henry. — De l'emploi de la succipompe de de Rohan dans le traitement des crevasses. Thèse Paris, 1910.

Marfan. — Traité de l'allaitement.

Metzger (M.). — L'accoucheur moderne (Précis d'obstétrique, 1929).

